

4

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

MARS-AVRIL — 1916

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'APPRÉCIATION DES INDEMNITÉS MILITAIRES CONCERNANT L'APPAREIL DE LA VISION

Par le Professeur **LAGRANGE**,
Directeur du Service central d'Ophthalmologie de la XVIII^e Région.

Tous les dommages occasionnés à l'organe de la vision devraient être appréciés d'après la loi du 9 avril 1898 et la Jurisprudence qu'a entraînée son application depuis 18 ans; le Décret du 24 mars 1915 s'adapte très heureusement à cette loi, en s'y conformant il serait facile aux experts et aux Commissions de réforme d'être équitables envers les blessés et envers l'État.

Malheureusement la loi de 1831, la Décision ministérielle de 1887 et celle du 1^{er} mars 1907, qui actuellement ne sont plus révisables puisqu'elles étaient en vigueur au début des hostilités, nous obligent à ranger dans la cinquième classe de l'échelle de gravité, c'est-à-dire à payer 600 francs la perte de la vision d'un œil et la perte d'un globe qui valent au maximum, respectivement 300 et 400 francs. Il n'est plus possible de modifier ces dispositions légales que dans un sens favorable à l'intéressé, ce qu'il sera nécessaire de faire pour les aveugles véritablement trop maltraités puisqu'un borgne a 600 francs tandis qu'un aveugle n'a que 975 francs.

Voici les règles qui nous paraissent devoir être suivies en principe par les médecins-experts et les Commissions de réforme; dans ces règles nous respecterons, en attendant son abrogation (aussi prochaine que possible), la loi de 1831, et nous substituerons

aux indications données récemment par le *Guide Barème des Invalidités* des données qui tout en étant très équitables à l'égard de nos blessés, nous conduisent à réaliser de grandes économies.

L'appareil de la vision peut être atteint en ce qui concerne :

- A) L'acuité visuelle centrale,
- B) L'acuité visuelle périphérique,
- C) Le sens lumineux et le sens chromatique,
- D) La vision binoculaire,
- E) Les annexes de la vision, paupières, voies lacrymales, orbite.

D'une façon générale, les militaires dont l'appareil de la vision est atteint doivent être considérés comme accidentés du travail et la loi du 9 avril 1898 dans sa forme la plus large doit leur être appliquée en les faisant bénéficier des interprétations les plus libérales de la Jurisprudence actuelle.

Les militaires ainsi indemnisés au point de vue de leur capacité au travail resteront dans le service (armé ou auxiliaire) ou seront réformés selon la gravité de leurs blessures ou des désordres dont ils sont atteints et les hommes du Service armé et du Service auxiliaire aussi bien que ceux qui ne seront plus aptes à servir pourront recevoir des indemnités permanentes (pension) ou des gratifications renouvelables selon que leur affection sera ou ne sera pas incurable.

RÈGLES A SUIVRE DANS L'APPLICATION DES DIVERS DOMMAGES

1° Il sera fait usage du tableau suivant qui précise la diminution de l'acuité visuelle professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travail correspondante à chaque cas, soit qu'il s'agisse de la perte partielle unilatérale, soit de la perte totale d'un côté, de la diminution de la vue des deux côtés, de la cécité complète; tous les cas sont prévus dans ce tableau, qui est celui de Grænouw (1).

Étant donné l'acuité visuelle de chaque œil (l'un des yeux est représenté par la verticale, l'autre par la ligne horizontale), on trouve l'évaluation du dommage causé à l'intersection des deux lignes.

(1) SULZER, L'acuité visuelle dans l'incapacité de travail. *Société française d'Ophthalmologie*, 1904.

ACUITÉ	1 2 3	1 2	1 3	1 4	1 5	1 7	0 10	1 15	1 20	0
1 2 3	0	0	5	10	10	15	15	20	20	25
1 2	0	5	10	10	15	20	25	25	30	35
1 3	5	10	25	25	30	30	30	40	45	55
1 4	10	10	25	40	40	45	50	55	60	65
1 5	10	15	30	40	55	60	65	70	75	80
1 7	15	20	30	45	60	70	75	80	85	90
1 10	15	25	25	50	65	75	85	90	95	105
1 15	20	25	40	55	70	80	90	95	100	115
1 20	20	30	45	60	75	85	95	100	110	125
0	25	35	55	65	80	90	105	115	125	125

Cette manière d'apprécier l'acuité visuelle, qui est celle de Parinaud, est plus pratique que celle qui consiste à l'évaluer en dixièmes comme on le fait avec l'échelle de Monoyer; en effet, au point de vue du dommage occasionné par un accident, il n'importe pas de mesurer l'acuité qui sépare l'unité de $2/3$ tandis qu'il est utile de connaître les nuances entre $2/10$ et $1/10$. De plus l'échelle de Parinaud donne le $1/4$ que n'indique pas l'échelle de Monoyer et le médecin militaire a grand besoin d'apprécier si le sujet examiné a ou n'a pas $1/4$, qui est la limite séparant le service auxiliaire de l'exemption ou de la réforme.

Il est vrai qu'il serait très facile, tout en gardant la notation décimale de Monoyer, d'introduire entre la 2^e et 3^e division le chiffre $2/10$ et demi ou le $1/4$, ainsi que le $1/10$ et demi qui remplacerait à peu près le $1/7$ de Parinaud, et un expert attentif fera de la très bonne besogne soit qu'il utilise l'échelle de Parinaud, soit qu'il préfère l'échelle de Monoyer, modifiée comme nous l'indiquons ici.

Ce qui importe surtout, c'est que pour les accidentés militaires, comme pour les civils, la perte des premiers dixièmes d'acuité visuelle soit considérée comme négligeable.

Quand les yeux ont encore chacun $2/3$, il n'y a lieu d'allouer aucune indemnité; tandis que la perte des derniers dixièmes est très grave et que pour les aveugles l'incapacité va jusqu'à 125 p. 100.

En s'inspirant du Décret du 24 mars 1915, on divisera les incapacités de travail en dix groupes :

10°/°; 20°/°; 30°/°; 40°/°; 50°/°
60°/°; 70°/°; 80°/°; 90°/°; 100°/°

Il convient d'arrondir les chiffres du tableau de la page précédente, quand ils seront compris entre deux dizaines, jusqu'au multiple de dix immédiatement supérieur; on pourra ainsi superposer les chiffres indiqués sur le tableau à ceux du décret du 24 mars 1915 et il en résultera, au profit des blessés de la guerre, une majoration, par comparaison avec l'indemnité allouée à l'accidenté du travail.

2° Une mention spéciale doit être faite pour l'opéré de la cataracte avec un bon résultat, son acuité visuelle sera estimée $1/20$ (avec un verre il a beaucoup plus, mais dans ce cas il ne peut fusionner les images et il convient de prendre son œil pour ce qu'il vaut sans verre, soit $1/20$). Le sujet qui, atteint d'une cataracte traumatique, opérable dans de bonnes conditions, aura refusé l'opération, sera considéré comme ayant été opéré avec succès et pourvu de cette acuité de $1/20$.

En appliquant le tableau à de pareils cas, si l'autre œil vaut 1 ou $\frac{2}{3}$, l'incapacité est évaluée à 20 p. 100.

Si l'œil non opéré a une acuité supérieure à celle de l'œil opéré muni de son verre, nous considérons toujours ce dernier œil comme ayant $1/20$ et nous évaluerons le dommage en tenant compte des deux acuités d'après notre tableau.

Exemple : œil non opéré, a une acuité de $1/2$; œil opéré a $1/4$ avec son verre correcteur, les yeux ne pouvant fonctionner ensemble nous donnons $1/20$ à l'œil opéré et nous avons comme incapacité en lisant le tableau $1/2$ et $1/20$ donnent 30 p. 100.

Dans le cas où l'autre œil est perdu il faut considérer l'opéré de la cataracte comme pouvant se servir de son verre correcteur et mesurer l'acuité exacte de l'œil opéré avec le verre approprié. Si l'œil opéré a une acuité de $1/2$, l'autre œil n'ayant plus de vision l'incapacité est de 35 p. 100. (V. le tableau.)

3° *Perte de la vision et du globe de l'œil.* — La perte de la vision d'un côté d'après le tableau est évaluable à 25 p. 100 ou à 30 p. 100, puisque nous majorons un peu les chiffres en faveur de nos blessés; d'après le décret du 24 mars 1915 la pension serait de 300 francs; s'il en était ainsi nous proposerions de donner 400 francs (100 francs de plus) à ceux qui ont perdu le globe de l'œil et 100 francs de plus encore à ceux qui ont des cicatrices vicieuses supprimant la prothèse, mais puisque nous sommes

obligés de donner 600 francs à tous ceux qui ont perdu la vision de l'œil, il convient de s'en tenir dans tous les cas à ce dernier chiffre toutes les fois que l'acuité visuelle de l'autre œil sera supérieure ou égale à $1/2$.

Si, un œil étant perdu, l'acuité de l'autre œil égale $1/3$, nous arriverons au chiffre de 53 (soit 60 pour arrondir — voir le tableau). Si l'autre œil, pourvu de vision, n'a plus que $1/4$, le tableau donne 65, soit $70 = 700$ francs.

Nous remarquerons que ce tableau conduit à une économie par comparaison avec les résultats obtenus en appliquant le *Guide Barème des Invalidités* récemment publié par le Ministre de la Guerre, mais, nous n'insisterons pas sur la comparaison que nous pourrions faire de notre mode d'évaluation des indemnités avec les règles données dans ce *Guide* publié en octobre 1913, par ce que nous croyons savoir que pour ce qui concerne l'appareil de la vision son texte va être révisé.

En résumé quand nous avons un œil complètement perdu pour la vision, il est entendu que l'État doit payer 600 francs et nous n'appliquons le tableau que pour les cas où, à cause de la diminution de la vision de l'autre œil, le dommage intérêt (d'après le tableau) dépassera 600 francs.

Nous appliquerons ce tableau non seulement à ceux qui sont complètement aveugles, mais à ceux qui n'ont que $1/20$ d'acuité, car au point de vue pratique, ces malheureux ont vraiment perdu l'usage de la vue; il est humain de les considérer comme des aveugles et de les dédommager en conséquence.

Le tableau leur donne 125 pour cent — d'après le décret du 24 mars 1913 on arrive au chiffre de 1.250 ou de 1.300 francs, — chiffre qui nous paraît équitable.

Disons en terminant l'exposé qui concerne l'usage de ce tableau, que les chiffres donnés se rapportent aux hommes non gradés; pour les gradés et les officiers, les différences proportionnelles en vigueur seront maintenues.

Acuité visuelle périphérique. — La perte de la vision périphérique n'est intéressante à considérer en pratique qu'en ce qui concerne l'hémianopsie qui entraîne une perte de 30 p. 100 si le sujet a encore une acuité centrale supérieure à $1/2$; selon la diminution plus ou moins grande de l'acuité centrale l'évaluation sera plus forte.

Perte du sens chromatique et lumineux. — La perte du sens chromatique est très rare; elle n'entraîne d'incapacité de travail que dans certains cas exceptionnels qui doivent être laissés à l'appréciation de l'expert et dans aucun cas cette perte ne pourra excéder 30 p. 100.

La perte du sens lumineux est un symptôme de lésions profondes de l'appareil nerveux sensoriel; il n'y a pas lieu d'en tenir compte ici.

Perte de la vision binoculaire. — Elle résulte des paralysies musculaires entraînant la diplopie :

Paralysie limitée à un muscle	5 à 20 p. 100
Paralysie s'étendant à plusieurs muscles	20 à 30 —

Annexes de l'appareil de la vision. — *Orbite* : Les traumatismes tirent leur importance du retentissement qu'ils peuvent avoir sur les méninges, le cerveau et le globe oculaire.

Du côté de l'œil, ce sont surtout la cécité ou les paralysies musculaires que l'on observe, l'incapacité qui en découle est calculée dans chaque cas, à l'aide des éléments prévus aux paragraphes : « ŒIL » et « NERFS ».

Paralysie des nerfs moteurs de l'œil, intéressant un seul muscle 5 à 20 p. 100

Intéressant plusieurs muscles 20 à 30 p. 100

Paralysie de l'accommodation. 5 à 10 p. 100

Il y aurait lieu de tenir compte des mutilations qui portent sur la région orbitaire et qui entraînent des cicatrices très disgracieuses. L'expert pourra ajouter dans les cas prononcés 5 à 10 p. 100.

Paupières. — Les plaies des paupières sont appelées à présenter les complications définitives suivantes :

Ankyloblépharon. — La soudure partielle des paupières, permettant l'exercice d'une certaine vision, correspond à une perte partielle, la soudure totale, à la perte totale de la vision (à moins de recours à une intervention opératoire).

Ptosis :

a) A un œil 5 à 10 p. 100

b) Aux deux yeux. 20 à 100 p. 100

(Si une intervention était pratiquée avec un résultat appréciable, le taux d'invalidité serait proportionnellement diminué.)

Lagophthalmos :

- a) A un œil 15 à 20 p. 100
 b) Aux deux yeux 30 à 60 p. 100

Entropion, Trichiasis :

- a) A un œil 10 à 20 p. 100
 b) Aux deux yeux 20 à 50 p. 100

Symbépharon :

- a) A un œil 0 à 10 p. 100
 b) Aux deux yeux 10 à 20 p. 100

VOIES LACRYMALES

Epiphora :

- Aux deux yeux 1 à 10 p. 100

UN PROCÉDÉ SIMPLE DE SUTURE DE LA SCLÉROTIQUE
AVEC RECOUVREMENT CONJONCTIVAL

Par le docteur **MARC LANDOLT**, aide-major de 1^{re} classe,
 Chef du Centre ophtalmologique de la ...^e Armée.

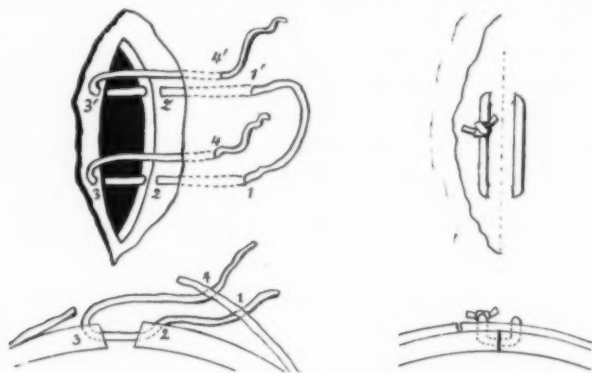
La nécessité de mettre rapidement à l'abri de l'infection les plaies pénétrantes du globe oculaire, a généralisé depuis longtemps la pratique du recouvrement conjonctival par glissement. La suture préalable de la sclérotique, lorsque l'ouverture de cette membrane est particulièrement béante, est également de pratique courante. Étant donné que la suture sclérale, du fait du recouvrement conjonctival, est une suture perdue, on a généralement employé le catgut ou le tendon de renne, la conjonctive pouvant être suturée à la soie.

Personnellement, l'emploi du catgut, s'il ne m'a jamais causé de déboires, ne m'a jamais beaucoup satisfait. Les circonstances matérielles de la guerre, d'autre part, ne m'ont pas permis de disposer de catgut assez fin, ni de tendon de renne, et je me suis vu forcé de n'employer que de la soie.

Afin d'éviter d'enfouir une suture à la soie, et pour obtenir, cependant, une bonne occlusion de mes plaies sclérales, j'ai imaginé, il y a plusieurs mois, un procédé simple qui m'a donné satisfaction en plusieurs circonstances.

Il faut employer un fil de soie fine, armé de deux aiguilles fines

de chirurgie oculaire (les nouvelles aiguilles à strabisme de mon père m'ont paru les plus commodes). On libère, largement, la conjonctive sur l'un des côtés de la plaie, comme d'habitude, pour faciliter le glissement ultérieur. Les deux aiguilles sont introduites successivement à travers la conjonctive, à quelque 8 millimètres de la plaie, de dehors en dedans; l'écartement entre les deux points de pénétration dépend de la longueur de la plaie sclérale. Elles sont conduites sous la conjonctive jusqu'à l'ouverture conjonctivale; elles servent ensuite, l'une à côté de l'autre à faire la suture de la sclérotique, en restant, si on le peut, dans l'épais-



seur de cette membrane, ce qui, d'ailleurs, ne me paraît pas d'une importance capitale.

Les aiguilles sont alors de nouveau conduites sous la conjonctive du même côté, jusqu'à 4 millimètres environ de leur point d'entrée, et réapparaissent à la surface de la conjonctive.

Si, à ce moment, on tend le fil pour nouer les deux chefs, on obtiendra, d'un seul et même mouvement, l'occlusion de la plaie sclérale et le glissement de la conjonctive. Si on a bien calculé l'écartement entre les différents points de passage des aiguilles, on pourra avoir une conjonctive bien étalée. Un léger froncement, d'ailleurs, ne serait d'aucune importance au point de vue du résultat final.

Je peux recommander sincèrement ce procédé, né de la guerre, et auquel je compte bien conserver sa place dans ma pratique à venir.

L'HÉMÉRALOPIE CHEZ LES SOLDATS

Par le Docteur **L. WEEKERS,**Chargé de cours à l'Université de Liège, médecin-adjoint
de l'armée belge.

La guerre actuelle, fertile en nouveautés de tous genres, a vu naître une affection oculaire, dont il n'a jamais été, à ma connaissance, fait mention au cours des guerres précédentes ; je veux parler de la cécité nocturne dont se plaignent certains soldats. Certes, ce symptôme en lui-même est connu, sous le nom d'héméralopie, mais la vie de tranchées, qui est la caractéristique de la guerre que nous vivons, avec son activité surtout nocturne, était bien propre à exagérer les troubles particuliers de l'héméralopie chez les individus présentant une adaptation rétinienne insuffisante, et aussi comme nous le verrons, à faire naître ces troubles de toutes pièces.

La plupart des médecins militaires ont recueilli les doléances des soldats se plaignant de ne pas y voir la nuit. Alors que le jour, leur vision est bonne, vers le soir et surtout la nuit, ils sont aveuglés au point d'être complètement désorientés ; ils ne parviennent à se déplacer qu'au prix des plus grandes difficultés, font des chutes dans les fossés, dans les trous d'obus souvent remplis d'eau et seraient complètement incapables de retrouver leur chemin, s'ils n'y étaient aidés par des compagnons. Certains ont dû parfois attendre un temps très long à la même place, que des camarades viennent les chercher, n'osant se hasarder seuls de crainte d'un accident, ou de crainte de se noyer. Ces hommes, même très courageux, redoutent d'être en avant-poste comme sentinelle, à cause de la responsabilité qu'ils encourent vis-à-vis de leurs chefs et de leurs compagnons d'armes, qu'ils sont incapables de prévenir de l'approche d'un danger.

Des officiers et sous-officiers, atteints de troubles identiques, m'ont déclaré que dans les patrouilles, de crainte de s'égarer, ils se font encadrer de soldats dont ils ont éprouvé la bonne vision nocturne. J'ai connaissance de méprises auxquelles ont donné

lieu des hommes atteints d'héméralopie, qui s'étaient perdus au cours d'une patrouille.

Les soldats atteints d'héméralopie donnent sur les troubles qu'ils ressentent, les détails les plus topiques qui démontrent leur bonne foi. L'un d'eux me signalait que, dans les marches nocturnes, il cherchait toujours à se placer derrière un de ses compagnons, portant sur son sac une gamelle brillante; c'était pour lui le seul point de repère qui lui permit de suivre la colonne et sans lequel il aurait été complètement désarmé. Des conducteurs de véhicule, la nuit, sont incapables de guider leurs chevaux et sont obligés de s'abandonner à leur attelage.

Les troubles héméralopiques parfois s'aggravent par accès, par exemple après une marche ou un travail fatigant; ces hommes sont alors obligés de tenir les yeux fermés, ou de regarder le ciel pendant quelques minutes, pour reprendre ensuite, tant bien que mal, leur chemin ou le travail interrompu.

La cécité nocturne se présente sans distinction d'âge, chez les hommes appartenant aux diverses armes; toutefois elle est particulièrement fréquente à l'infanterie, beaucoup plus rare à la cavalerie, très vraisemblablement parce que les cavaliers sont astreints à un service de tranchées moins dur et moins prolongé.

	NOMBRE TOTAL DE MALADES Envoyés à la consultation d'oculistique.	SOLDATS SE PLAIGNANT d'héméralopie.	Parmi les héméralopes de la colonne B, un certain nombre ont déjà ressenti, avant la guerre, des troubles du même genre.
	A	B	C
Janvier . . .	496	95 = 19,1 p. 100	9
Février . . .	?	?	?
Mars . . .	547	89 = 16,4 p. 100	8
Avril . . .	551	82 = 14,8 p. 100	14
Mai . . .	520	58 = 11,1 p. 100	4
Juin . . .	541	14 = 2,5 p. 100	2
Juillet . . .	456	8 = 1,7 p. 100	1
Août . . .	414	12 = 2,8 p. 100	3
Septembre . .	452	51 = 11,2 p. 100	6
	3.977	409 = 10,2 p. 100	47

Le tableau ci-dessus donne une idée de la fréquence de l'héméralopie chez les soldats.

Cette statistique se rapporte à l'année 1913; elle est incomplète. A partir du mois d'octobre, l'organisation du service d'ophtalmologie au front a été modifiée, un oculiste a été désigné dans chaque division d'armée. Les cas qui sont envoyés actuellement à mes consultations sont des cas spéciaux; le nombre en est plus restreint, de sorte que les chiffres de mes statistiques pour les derniers mois de l'année ne sont pas comparables à ceux des premiers mois; je ne les ai pas cités.

Dans la colonne A figure, pour chaque mois, le nombre total de cas nouveaux qui ont été envoyés à ma consultation.

La colonne B indique le nombre global et la proportion des héméralopes. Ceci demande une explication. J'ai d'abord exclu de cette statistique tous les cas d'héméralopie s'accompagnant de lésions organiques expliquant plus ou moins complètement l'altération de l'adaptation rétinienne (choroïdite myopique ou autre, rétinite, cataracte congénitale, taies cornéennes, etc.). Ne figurent d'autre part dans cette liste que les soldats qui se plaignent spontanément de la gêne intense qu'ils éprouvent à voir la nuit, alors que, pendant la journée, leur vue est satisfaisante. Chez eux, les troubles héméralopiques sont des plus marqués au point de donner lieu à une véritable cécité nocturne. La première parole de ces hommes, en présence du médecin, est qu'ils n'y voient plus la nuit. C'est pour ainsi dire exclusivement pour cela qu'ils s'adressent au médecin.

Chez les autres malades, envoyés à la consultation pour une altération quelconque de la vue, quand on recueille les anamnèses et qu'on cherche à savoir à quel moment les troubles sont les plus intenses, beaucoup d'entre eux, surtout ceux qui présentent un vice de la réfraction, signalent, et cela se comprend aisément, que c'est la nuit surtout qu'ils sont le plus incommodés. Il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'héméralopie et ces cas ne figurent pas dans la statistique ci-dessus. En ont été exclus, de même, les cas qui, pour une raison ou une autre, étaient suspects de simulation ou d'exagération.

Dans la colonne C, sont réunis ceux des héméralopes de la colonne B, qui ressentaient déjà les mêmes troubles avant la guerre. Comme nous le verrons plus loin, ces nombres sont bien certai-

nement inférieurs à la réalité; il y a, parmi les autres soldats qui se plaignent de cécité nocturne, des cas d'héméralopie congénitale méconnue.

Malgré toutes ces réserves concernant ma statistique, deux faits cependant en ressortent clairement. C'est, d'une part, que le nombre de soldats présentant des troubles héméralopiques intenses est assez grand, puisque je les ai notés chez 10 p. 100 des malades envoyés à la consultation d'oculistique. D'autre part, comme il fallait s'y attendre, les cas d'héméralopie sont plus nombreux pendant les mois d'hiver, quand les nuits sont longues. Nous verrons plus loin comment il faut interpréter ces faits.

L'examen objectif des héméralopes décèle fréquemment une irritation oculaire externe (blépharite ou conjonctivite). J'ai observé notamment plusieurs trachomateux au stade cicatriciel, sans lésion cornéenne, dont les yeux étaient modérément injectés; leurs plaintes concernant l'héméralopie étaient véhémentes. Souvent on constate l'existence d'une conjonctivite folliculaire, telle qu'on l'observe souvent dans les vices de réfraction. Nombreux cependant sont les héméralopes, chez lesquels il n'existe pas la moindre irritation oculaire. Les membranes profondes sont normales et l'examen ophtalmoscopique ne décèle aucune lésion, notamment aucune altération du pigment rétinien.

Les troubles de la réfraction sont particulièrement fréquents chez les héméralopes. Parmi les 409 cas qui sont réunis dans ma statistique, 293 c'est-à-dire 73,2 p. 100 présentaient une amétropie de plus de une dioptrie. De ces 293 héméralopes ayant un vice de réfraction, 115 sont myopes, 82 hypermétropes et 96 astigmates.

L'acuité visuelle, après correction éventuelle de l'amétropie, est normale. La vision périphérique est complète, même lorsqu'on la mesure dans un faible éclairage.

Quant à l'état général, on ne constate le plus souvent rien d'anormal. La plupart des héméralopes, comme tous nos troupiers, sont dans un état de santé florissant. Il n'existe chez eux aucun amaigrissement; la plupart d'entre eux déclarent même qu'ils ont grossi depuis la guerre. Parfois cependant, mais c'est l'exception, on relève chez les soldats se plaignant d'héméralopie des signes de dépression: troubles vaso-moteurs, découragement, céphalalgie, insomnie, inappétence, exagération des réflexes, pal-

pitations, vertiges survenant par accès, blépharospasme, tremblement, etc.

Quelles sont les causes de l'héméralopie chez les soldats ? Par quels moyens peut-on y remédier ?

I. — Une première question se pose. Les troubles accusés par les intéressés sont-ils bien réels ? Ne sont-ils pas simulés dans le but d'échapper aux obligations militaires ?

Quiconque pratique la médecine militaire doit, cela va de soi, être en garde contre l'exagération et la simulation, mais en ce qui concerne les héméralopes, je suis arrivé à cette conviction qu'il s'agit bien de troubles véritables et que le plus souvent les plaintes de ces hommes sont justifiées. Néanmoins il serait très utile en pareil cas de pouvoir par des mesures exactes mettre en évidence l'insuffisance de l'adaptation rétinienne. J'ai eu l'occasion, avant la guerre, dans un travail paru dans les *Archives d'Ophthalmologie* (t. XXX, p. 743), d'étudier au moyen de l'adaptomètre de Nagel, la sensibilité rétinienne des ouvriers houilleurs et plus spécialement de ceux atteints de nystagmus professionnel. Ce procédé donne des résultats rigoureux et précis.

Les conditions dans lesquelles j'ai fait mes observations près du front, ne m'ont pas permis de recourir à l'adaptomètre de Nagel, appareil coûteux et assez difficilement transportable, pas plus qu'à l'adaptomètre de Forster qui fournit d'ailleurs des renseignements moins précis. J'ai fait quelques essais au moyen d'une montre phosphorescente du commerce à cadran et aiguilles éclairants. Des épreuves faites sur des personnes normales montrent que, dans une obscurité complète, la lueur d'une pareille montre, est reconnue à une distance de plus en plus grande atteignant 9 ou 10 mètres, après un temps allant de 15 à 30 minutes. On observe d'ailleurs, à ce point de vue, d'assez notables différences, même chez des personnes qui n'accusent aucune gêne de la vision nocturne.

Quand on soumet à cette épreuve les héméralopes, la distance à laquelle la lueur de la montre est perçue croît plus lentement que chez les individus normaux et reste moindre au point de ne pas dépasser 50 centimètres ou 1 mètre dans certains cas. Il n'est guère possible pour l'observé d'apprécier exactement dans l'obscurité la distance à laquelle se trouve la montre et on peut

ainsi jusqu'à un certain point contrôler objectivement ses dires.

Les raisons pour lesquelles je n'ai pas soumis à cette épreuve tous les héméralopes sont surtout d'ordre pratique ; elle exige un temps assez long et une chambre absolument obscure et de grandes dimensions.

Ma conviction concernant la réalité des troubles héméralopiques dont se plaignent certains soldats, est étayée aussi sur différents faits. D'abord sur les caractères mêmes de ces plaintes : les hommes atteints d'héméralopie décrivent avec force détails ce qu'ils éprouvent et les inconvénients qui en résultent pour eux ; ils font de leurs troubles un tableau très vivant et très précis. Il y a des choses qu'on n'invente pas.

J'ai interrogé les officiers et les médecins des unités ; ils m'ont confirmé les dires de ces hommes : certains tombent dans les trous d'obus, d'autres se sont perdus au risque de s'égarer chez l'ennemi, etc. D'autre part, l'héméralopie se rencontre aussi chez les meilleurs soldats, notamment chez les volontaires qui se sont astreints de leur plein gré au service militaire pendant la guerre.

J'ai recueilli les plaintes d'officiers, n'ayant aucun intérêt à simuler, qui redoutaient même que les troubles de la vue pour lesquels ils venaient me consulter, n'entraînaient pour eux une incapacité et ne compromissent leur avancement.

Un autre fait qui plaide contre la simulation c'est que les hommes qui viennent se plaindre d'héméralopie n'appartiennent pas aux mêmes unités ; ils sont au contraire épars et pour ainsi dire en proportion égale dans toutes les unités. Ils n'ont donc pas pu se concerter, ni faire leur éducation mutuelle.

Contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire chez les simulateurs qui tendent à aggraver autant que possible leur cas, ces hommes se plaignent exclusivement d'héméralopie en dehors de tout autre symptôme ; ils déclarent spontanément que le jour leur vision est très suffisante et ils indiquent sans hésitation aux optotypes, une bonne acuité visuelle.

Enfin, ce qui rend très plausibles les plaintes des soldats héméralopes, c'est qu'on observe chez d'autres individus placés dans des conditions similaires, en dehors de la vie militaire, des symptômes identiques. Je fais allusion à l'héméralopie dans le nystagmus des mineurs, où l'on peut exclure de façon certaine, la simulation.

II. — Une deuxième question qu'il importe d'élucider est la suivante. Ces troubles héméralopiques sont-ils congénitaux ou acquis ?

On connaît des cas d'héméralopie héréditaire et familiale. Truc a étudié la généalogie d'une famille provençale qui compte sur 2.421 personnes, 135 héméralopes ; chez ceux qui ont pu être examinés, il n'existait aucun autre trouble visuel, aucune lésion ophtalmoscopique. Cette héméralopie se propage surtout par les femmes et ne reparait pas dans la descendance d'un membre indemne, dont le conjoint est normal.

Peut-être n'a-t-on pas suffisamment insisté jusqu'ici sur la fréquence de l'héméralopie héréditaire et congénitale. Dans des expériences préliminaires que j'ai faites pour mon étude de l'héméralopie des houilleurs nystagmiques, j'ai examiné un grand nombre de personnes au moyen de l'adaptomètre de Nagel et j'ai observé souvent des individus dont l'adaptation rétinienne était manifestement inférieure à la normale, indépendamment de toute autre altération des yeux et qui étaient dans l'ignorance complète de cette anomalie, à cause de leur genre de vie qui leur permettait toujours de recourir à l'éclairage artificiel, à cause de l'absence de point de comparaison ou encore du fait de leur peu d'esprit d'observation.

Parmi les soldats héméralopes, quelques-uns, réunis dans la colonne C du tableau ci-dessus, m'ont signalé qu'antérieurement à la guerre et depuis l'enfance, leur vision dans l'obscurité était défectueuse ; parfois l'un ou l'autre membre de leur famille présente la même particularité. Ils indiquent cependant que leurs troubles ont considérablement augmenté depuis qu'ils sont au front.

A la question : « Aviez-vous déjà avant la guerre, la même difficulté à vous orienter dans l'obscurité ? » souvent les héméralopes répondent, avec quelque raison, qu'ils ne savent pas parce qu'ils n'ont jamais été obligés, avant la guerre, de se mouvoir la nuit au milieu d'obstacles inconnus. C'est surtout vrai pour ceux d'entre eux qui habitaient la ville.

Les nombres de la colonne C sont en-dessous de la réalité. Parmi les autres héméralopes, il y en a très vraisemblablement qui présentaient déjà auparavant, à leur insu, une insuffisance de l'adaptation rétinienne. Pour acquérir une précision sur la fré-

quence de l'héméralopie congénitale, il faudrait examiner, au moyen d'un adaptomètre, un grand nombre de sujets pris au hasard.

Toutefois, tous les soldats atteints de cécité nocturne ne sont pas des héméralopes congénitaux. Beaucoup d'entre eux, notamment des officiers intelligents, insistent sur ce fait que leur vision nocturne avant la guerre était excellente; ils avaient eu l'occasion de s'en rendre compte en temps de paix; ils n'éprouvaient pas auparavant plus de difficultés que d'autres pour s'orienter la nuit.

Je trouve une nouvelle preuve de la réalité de l'héméralopie acquise dans l'amélioration très lente, il est vrai, que j'ai observés dans certains cas, à la suite d'un changement d'existence.

Je rappellerai encore que l'on voit survenir, parfois, une héméralopie manifestement acquise chez des houilleurs, dont les conditions ressemblent beaucoup à celles de nos soldats. J'ai même eu l'occasion d'observer plusieurs cas, qui ne figurent pas dans la statistique mentionnée plus haut, de soldats, anciens houilleurs, montrant encore les reliquats d'un nystagmus professionnel; les troubles héméralopiques qu'ils présentaient avant la guerre s'étaient amendés au début de la campagne, pendant les opérations militaires actives, mais étaient devenus plus graves qu'auparavant depuis qu'ils menaient la vie de tranchées.

III. — Une forme clinique d'héméralopie qui est bien connue sous le nom d'héméralopie symptomatique, est celle qui dépend d'une affection générale ou d'un état de dénutrition donnant lieu à une altération du pourpre rétinien. On la rencontre sous forme endémique dans certaines collectivités, par suite d'une alimentation insuffisante, défectueuse ou peu variée, par exemple dans les pénitenciers, dans les orphelinats, sur les navires. Des cas d'héméralopie surviennent en masse parmi le peuple, en Russie, pendant les sept semaines de jeûne qui précèdent les fêtes de Pâques.

Cette héméralopie s'observe encore au cours de maladies générales débilitantes, surtout dans les affections du foie, plus rarement dans les néphrites, la malaria, dans l'alcoolisme chronique et certaines intoxications.

Le pronostic de cette héméralopie est naturellement très variable suivant son étiologie. Lorsque l'alimentation seule est en cause, il suffit de l'améliorer pour voir disparaître aussitôt tous les troubles.

Dans l'héméralopie symptomatique d'un état de dénutrition générale, il existe souvent une dégénérescence de la conjonctive oculaire, sous la forme de deux petites taches de Xérosis, situées de chaque côté du limbe cornéen, au niveau de la fente palpébrale (taches de Bitôt). Ces taches de Xérosis ne s'observent jamais chez les soldats héméralopes.

Faut-il incriminer l'alimentation dans le développement de l'héméralopie chez les soldats ? Il ne peut être question de dénutrition. Il suffit de voir nos hommes pour se rendre compte qu'en général leur état de santé est excellent. Ils sont bien en chair ; ils ont bon teint ; beaucoup ont grossi depuis le début de la campagne.

L'alimentation des soldats fait l'objet de soins tout spéciaux de la part des chefs. La nourriture est abondante et saine ; néanmoins, par la force même des choses, elle est défectueuse à certains points de vue.

La ration individuelle de viande, amplement suffisante, est de 450 grammes par jour. La viande, autant que possible, est fraîche ; chaque jour néanmoins, un complément de la ration est constitué de viandes congelées ou de conserves.

La nourriture des soldats est peu variée ; cela est rendu inévitable par les conditions difficiles de la vie au front.

L'abus de légumes frais ne peut être incriminé, les soldats n'en font qu'un usage modéré.

Le café leur est fourni en grande quantité parce qu'il constitue un breuvage sûr au point de vue bactériologique, mais il est si peu concentré qu'une intoxication n'est pas à craindre.

L'usage de boissons alcooliques est très restreint.

Les soldats fument beaucoup, mais on sait que le tabagisme occasionne plutôt de la nyctalopie et une névrite rétrobulbaire qui n'existe pas chez les héméralopes.

Le seul grief donc que l'on pourrait faire au régime de nos soldats, et il est rendu inévitable par les circonstances, c'est que ce régime est trop uniforme et que les conserves y figurent pour une part trop importante. Je pense cependant que ce facteur étiologique n'intervient guère ou fort peu dans le développement de l'héméralopie chez les soldats ; il est bon cependant de ne pas le perdre de vue dans le traitement de l'héméralopie.

IV. — La cause de l'héméralopie chez nos soldats doit être

cherchée, me paraît-il, dans le surmenage, dans l'épuisement nerveux.

Il semble à première vue y avoir une contradiction entre cette assertion et le bon état de la santé générale mentionné plus haut. En réalité, il s'agit là de choses différentes. Combien de fois n'ai-je pas entendu des officiers, notamment, dire qu'ils étaient en bonne santé, qu'ils n'avaient rien perdu de leur embonpoint, mais qu'ils avaient beaucoup perdu de leur résistance. Une marche un peu prolongée, un effort quelque peu considérable, dont ils étaient facilement capables avant la guerre, les épuisent maintenant très rapidement. Une autre constatation qui démontre la faiblesse du tonus nerveux, c'est que beaucoup de jeunes soldats âgés d'une vingtaine d'années viennent consulter le médecin pour des troubles asthénopiques faisant supposer une forte hypermétropie, alors qu'il n'existe chez eux qu'une faible hypermétropie de 1 dioptrie ou moins. Cette défaillance de l'accommodation rappelle celle que l'on observe dans la pratique ordinaire, chez les personnes dont le système nerveux est affaibli ou chez les surmenés.

Le bon état de la nutrition chez les soldats s'explique par leur vie au grand air qui stimule leur appétit, et par l'abondance de la nourriture qui leur est fournie. Le surmenage, la dépression nerveuse ne s'expliquent que trop par les fatigues et les dangers de la guerre, par la monotonie et le caractère antiphysiologique de la vie des tranchées, par l'irrégularité du sommeil, par les rudes secousses auxquelles le système nerveux est soumis et peut-être par-dessus tout par la nostalgie et les inquiétudes concernant la famille restée dans le pays occupé par l'ennemi.

Parfois, comme je l'ai signalé plus haut, on observe chez les soldats atteints d'héméralopie des signes marqués d'un état dépressif, notamment de la céphalalgie, du vertige, de l'insomnie, etc. Dans la plupart des cas cependant ces symptômes sont frustes et il est rare que l'asthénie se manifeste par des symptômes bruyants. Je ferai ici encore un parallèle entre les soldats héméralopes et les ouvriers houilleurs atteints de nystagmus professionnel parmi lesquels l'héméralopie est très fréquente. Les conditions pénibles du travail de la mine sont bien connues. J'ai constaté chez certains de ces nystagmiques, en même temps qu'une héméralopie parfois très accusée, des symptômes asthéniques ou

même névropathiques (asthénopie, rétrécissement concentrique du champ visuel, troubles de la sensibilité, etc.).

Au cours du percement du Saint-Gothard, chez les ouvriers surmenés par ce travail de Titan, on a observé de nombreux cas d'héméralopie. Ici encore, comme chez les soldats et chez les houilleurs, l'héméralopie traduit un épuisement du système nerveux. Il existe, à mon avis, une forme clinique d'héméralopie qui doit être identifiée : l'Héméralopie de surmenage.

V. — Les cas d'héméralopie s'observent chez les individus vivant dans l'obscurité : dans la mine, dans les tranchées, dans les tunnels. D'autre part, les cas d'héméralopie, comme nous l'avons vu, sont bien plus fréquents chez les soldats, en hiver, quand les nuits sont longues. La raison en est-elle simplement que l'obscurité met en évidence une insuffisance de l'adaptation rétinienne ? Ou bien la fatigue de la vision dans un mauvais éclairage aboutit-elle comme par un cercle vicieux à l'héméralopie ? Faut-il incriminer le travail dans l'obscurité comme cause de l'héméralopie ?

Dans de nombreuses professions, les conditions de travail peuvent aboutir à des altérations du sens lumineux, voire même à de véritables maladies professionnelles (1).

Les ouvriers qui travaillent la toile (couturières, lingères, etc.) présentent quelquefois des troubles asthénopiques, provoqués, au dire de ces ouvriers, par la blancheur de la toile. Ces symptômes rappellent les troubles visuels produits par l'action directe sur la rétine, de grandes surfaces lumineuses, telles que les vastes champs de neige de la montagne. Souffrent également d'éblouissement, certains ouvriers manipulant des objets à surfaces miroitantes ou des métaux brillants (polisseurs, ferblantiers, etc.).

Les ouvriers dont les nerfs optiques sont fréquemment surexcités par une lumière intense (fours, métal en ignition, etc.), comme dans les usines à zinc, par exemple, peuvent présenter non seulement de l'éblouissement mais aussi une altération du sens lumineux, un certain degré de nyctalopie. Ceux qui ont constamment sous les yeux des couleurs criardes (pourpre, jaune clair, etc.) ont souvent un sens chromatique très émoussé, qui

(1) Voir à ce propos J.-P. NUEL et WEEKERS, Rapport sur les maladies professionnelles oculaires (*Congrès international des maladies professionnelles*. Bruxelles, septembre 1910).

les empêche de distinguer des nuances fines. En tenant compte de ces observations, on peut se demander si le travail habituel dans l'obscurité ne produit pas une altération du sens lumineux et notamment de la fonction de l'adaptation. Je pense qu'il faut répondre à cette question par la négative. J'ai soumis, avant la guerre, à l'adaptomètre de Nagel, un grand nombre de houvailleurs dont tout le travail se passe dans l'obscurité, et j'ai observé, chez la plupart, des courbes d'adaptation à allures normales. Bien mieux, chez beaucoup, l'adaptation, comme par suite d'une accoutumance à l'obscurité, dépasse la normale. Ceci démontre que l'obscurité ne provoque pas par elle-même, dans la rétine, les altérations aboutissant à l'héméralopie. Néanmoins, la vie de nuit dans les tranchées favoriserait l'éclosion de l'héméralopie à cause des fatigues et du surmenage qu'elle entraîne.

Les héméralopes se présentent plus nombreux chez le médecin en hiver, parce que leurs troubles sont plus grands quand les nuits sont longues, et que les conditions climatiques aggravent encore les difficultés qu'ils éprouvent.

VI. — Je signale, en passant, que certains héméralopes attribuent leur affection à un éblouissement survenu au cours d'un travail ou d'un séjour prolongé à la grande lumière.

VII. — Une constatation qui doit retenir l'attention est la grande fréquence, chez les héméralopes, d'une anomalie de la réfraction (dans 73 p. 100 des cas).

Comment interpréter ce fait ? Déjà, en temps de paix, j'ai constaté, par des mensurations au moyen de l'adaptomètre, qu'un déficit de l'adaptation rétinienne est fréquent chez les amétropes, surtout chez les myopes. Je pensais que chez ces derniers, même quand on n'observe pas de lésion à l'ophtalmoscope, il pouvait exister une forme fruste de choroïdite due à l'étirement des globes et donnant lieu, sans lésions perceptibles, à une altération d'un pigment rétinien et à une perturbation de l'adaptation rétinienne.

Les soldats présentant un vice de réfraction et qui avaient remarqué, avant la guerre déjà, que leur vision était défectueuse, la nuit, insistent sur ce fait que leurs troubles héméralopiques se sont fortement aggravés, depuis qu'ils sont au front. Les anomalies de la réfraction contribuent, me semble-t-il, soit à favoriser l'éclosion de l'héméralopie, soit à l'exagérer par le surmenage oculaire.

laire qu'elles provoquent. Les conditions de la vision sont déjà très pénibles la nuit pour ceux qui jouissent d'yeux normaux ; ces difficultés sont grandement accrues pour ceux dont la vision laisse à désirer et dont les images rétinienne, déjà en plein jour, manquent de netteté.

L'irritation oculaire externe (conjonctivite et blépharite) que l'on observe assez souvent chez les soldats héméralopes, agirait de la même façon que les vices de réfraction en créant des conditions pénibles et défectueuses pour la vision. Ces constatations sont intéressantes, parce qu'elles entraînent une conséquence thérapeutique ; notamment la correction aussi exacte que possible, chez les soldats héméralopes, de tout vice de réfraction.

En résumé, l'explication pathogénique des cas d'héméralopie que l'on rencontre chez les soldats est assez complexe.

D'abord, il importe de faire une distinction. Certains soldats sont atteints d'une héméralopie congénitale qui est complètement indépendante des conditions de vie du soldat. Toutefois, les manifestations de cette héméralopie congénitale peuvent s'aggraver par la vie des tranchées. Certains de ces héméralopes, au courant de leur infirmité, signalent qu'ils ont pu la supporter longtemps sans trop de peine, mais qu'elle a augmenté par la suite, au point de leur occasionner des troubles très pénibles, pour lesquels ils viennent consulter le médecin.

Il est probable que cette héméralopie congénitale est fréquemment méconnue des intéressés eux-mêmes, qui sont alors tentés d'attribuer les troubles qu'ils ressentent exclusivement, à leur nouvelle vie.

Indépendamment de l'héméralopie congénitale, il existe une héméralopie acquise, qui éclôt chez des individus complètement indemnes auparavant. Il semble bien qu'elle soit la résultante, non pas d'une cause unique, mais du concours de toute une série de facteurs.

La cause principale qui contribue à provoquer la cécité nocturne est la fatigue nerveuse, le surmenage qu'il faut attribuer aux difficultés et aux dangers de toutes sortes auxquels les soldats sont exposés, sans compter les facteurs moraux et les causes de dépression.

La fatigue oculaire, résultant d'un vice de réfraction ou d'une

inflammation des membranes oculaires externes agit comme facteur adjuvant en augmentant la fatigue générale. Une part moins importante, il est vrai, dans le développement de l'héméralopie, revient à l'alimentation du soldat.

Il n'est guère possible de pénétrer plus avant dans la pathogénie de l'héméralopie, parce que la physiologie normale de l'adaptation rétinienne est elle-même encore fort mal connue.

Quel est le traitement à instituer dans l'héméralopie ? On a recommandé depuis l'antiquité, contre l'héméralopie, l'opothérapie hépatique, sous forme de foie cru, d'extrait de foie, d'huile de foie de morue, voire même de fiel de bœuf. Cette thérapeutique a peut-être sa raison d'être dans l'héméralopie d'origine hépatique. Je ne l'ai pas employée chez nos soldats, parce que je n'en avais obtenu aucun résultat dans des essais antérieurs, chez des ouvriers houilleurs héméralopes.

Le traitement sera surtout causal, mais il doit tenir compte des exigences militaires.

Contre l'éblouissement, résultant de l'exposition prolongée dans la grande lumière, on prescrira l'emploi de verres fumés pendant le jour. Les héméralopes sont très sensibles à l'amélioration qui en résulte pour eux et tiennent beaucoup à leurs lunettes.

Un facteur étiologique contre lequel le médecin peut intervenir très efficacement est la fatigue oculaire résultant d'une inflammation externe ou d'un vice de réfraction, fréquent, comme nous l'avons vu. J'ai le sentiment d'avoir réussi de cette façon, à maintenir dans les rangs certains soldats qui n'auraient pu, sans cela, continuer leur service. Pour la myopie et l'hypermétropie, la chose est facile et prévue. Pour l'astigmatisme, certaines difficultés pratiques se présentaient, notamment la grande variété de types et de combinaisons exigeant chacun un verre bien déterminé. En utilisant des montures de lunettes pour verres ronds, de façon que l'axe du verre cylindrique ou sphéro-cylindrique puisse être orienté suivant tous les diamètres, on peut, comme je l'ai montré, avec 40 à 50 types de verres, corriger convenablement la plupart des astigmates (1).

(1) WEEKERS, les Astigmates à l'armée (*Annales d'Oculistique*, 1915).

Il va de soi qu'au moyen de lunettes on ne guérit pas les troubles résultant d'une insuffisance congénitale de l'adaptation rétinienne, mais la correction d'un degré, même faible, d'amétropie améliore la vision de ces hommes suffisamment pour qu'on puisse les maintenir à leur poste.

Autant que possible, il faut donner aux héméralopes un régime roborant et une nourriture variée. Exceptionnellement, dans les cas très marqués, les héméralopes seront hospitalisés pendant quelque temps dans une infirmerie, surtout pour y jouir du repos et aussi pour y recevoir un régime spécial auquel on pourra ajouter une médication à base de fer ou d'arsenic.

Quant au pronostic de l'héméralopie pour l'aptitude au service, il est plutôt bénin.

Les plaintes de ces hommes sont des plus vives, mais pour peu qu'on améliore leur vision, surtout en corrigeant aussi exactement que possible les anomalies de la réfraction, on réussit à leur faire supporter les inconvénients résultant pour eux de la défectuosité de leur vision nocturne; lorsqu'on les revoit par la suite, ils ne sont pas guéris, mais suffisamment améliorés pour accepter leur sort.

Dans les cas plus marqués d'héméralopie, il est bon, tout en maintenant l'intéressé dans les rangs, de demander pour lui quelques ménagements ou un service plus léger pendant quelques semaines.

Jamais l'héméralopie seule ne justifie l'envoi à l'arrière. Il va de soi qu'il ne s'agit pas ici des cas d'héméralopie compliquant des lésions oculaires, comme la choréïdite myopique ou autre, l'atrophie optique, etc. Ces cas, qui entraînent la désignation pour un service auxiliaire ou la réforme, n'ont pas été envisagés dans les pages qui précèdent.

Il conviendrait en temps de paix au régiment, et déjà maintenant, chez les recrues, de chercher à déceler les cas d'héméralopie congénitale. Il serait facile d'organiser une épreuve nocturne qui permettrait de dépister les hommes dont l'adaptation rétinienne est manifestement insuffisante, quitte à compléter l'examen chez ceux-ci au moyen d'un adaptomètre. Ces hommes seraient déclarés impropres pour les services d'avant-poste pendant la nuit.

CONCLUSIONS

I. — L'héméralopie est fréquente parmi les soldats. On la rencontre chez 10 p. 100 des malades envoyés à la consultation oculistique.

II. — Les cas d'héméralopie sont particulièrement nombreux pendant les mois d'hiver, quand les nuits sont longues.

III. — On décèle, chez les héméralopes, une grande proportion d'anomalies de la réfraction.

IV. — Plusieurs de ces soldats présentaient déjà des troubles du même genre avant la guerre (héméralopie congénitale). Toutefois, l'héméralopie peut être provoquée de toutes pièces par les conditions de la vie des tranchées (Héméralopie acquise). Ces mêmes conditions peuvent aggraver une héméralopie congénitale.

V. — L'éclosion de l'héméralopie acquise est provoquée par plusieurs facteurs d'importance inégale d'ailleurs. En premier lieu, il faut citer le caractère antiphysiologique de la vie des tranchées qui est surtout nocturne, les fatigues, l'ébranlement nerveux, les inquiétudes morales aboutissant à un degré plus ou moins marqué de surmenage, d'asthénie. La fatigue oculaire résultant d'une anomalie de la réfraction est également un facteur très important. Viennent ensuite l'uniformité du régime alimentaire, l'usage de conserves, l'éblouissement, etc.

VI. — Le traitement doit être surtout causal. Un des moyens les plus efficaces d'amender les symptômes héméralopiques est de corriger exactement les anomalies de la réfraction et en particulier l'astigmatisme. L'emploi de verres fumés pendant le jour, contre l'éblouissement, est un excellent adjuvant. On prescrira aux héméralopes une nourriture variée et du repos, dans la mesure où le permettront les exigences militaires.

VII. — Le pronostic de l'héméralopie est bénin. Malgré les plaintes, parfois vives des intéressés, ils peuvent être maintenus au front, moyennant quelques ménagements dans les cas les plus marqués.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

LE TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE PURULENTE GONOCOCCIQUE PAR LE VACCIN DE NICOLLE ET BLAIZOT

Par le docteur **A. DELORME**, chef de Clinique.

J'ai pu observer huit cas d'ophtalmie purulente gonococcique de l'adulte traités par le vaccin de Nicolle et Blaizot. Deux d'entre eux (I et II) ont déjà été présentés par M. le professeur Lagrange à la Société de médecine de Bordeaux ; les six autres sont encore inédits.

L'intérêt tout nouveau qui s'attache à cette question et l'incertitude où se trouve le praticien en présence d'opinions contradictoires m'ont engagé non seulement à faire connaître les cas que j'ai recueillis, mais encore à rechercher tous ceux qui ont été relatés jusqu'à ce jour. Bien que les observations publiées ne soient pas encore très nombreuses, leur étude doit seule permettre d'apprécier la valeur du vaccin de Nicolle et Blaizot. Est-ce là vraiment une arme qu'il faille ajouter à notre arsenal thérapeutique ? Est-elle digne de supplanter les méthodes de traitement qui l'ont précédée ou doit-elle seulement leur être associée ? C'est ce que je me propose de rechercher. Voici mes observations :

Ous. I. — *Conjonctivite purulente gonococcique, 5 injections de vaccin, guérison.*

C., 27 ans, est atteint d'une conjonctivite purulente double qui remonte à dix jours environ. Il est porteur depuis le mois de janvier d'une uréthrite qu'il n'a pas soignée. Il a été traité dès le début de son affection oculaire par son médecin qui lui a fait, deux fois par jour, des lavages au permanganate faible et des instillations de nitrate d'argent. Malgré cela l'état de l'œil droit reste stationnaire et l'œil gauche se prend à son tour au bout de huit jours, le 6 mars. Le même traitement est institué ; mais, comme la suppuration reste très abondante, le médecin dirige son malade sur l'hôpital, le 10 mars.

L'étude des frottis faits avec le pus uréthral et conjonctival ne permet pas de doutes sur l'origine gonococcique, bien que les diplocoques soient peu nombreux. On obtient sur gélose au sang une belle culture pure de gonocoques.

L'œdème des paupières n'est pas énorme, le chémosis est léger; les cornées sont entièrement dépolies, surtout dans leur moitié inférieure. Du côté droit on note de petites érosions de l'épithélium cornéen qui assombrissent le pronostic. Les lavages sont pratiqués à la poire de caoutchouc avec une solution très faible de permanganate (0 gr. 20 p. 1.000) toutes les trois heures. On instille une goutte d'argyrol à 1/10 après chaque lavage.

La première injection de vaccin, le 10 mars, est suivie d'une diminution très notable de la suppuration.

Après la deuxième injection, le 11, le malade peut ouvrir les yeux, l'œdème palpébral a disparu. On remarque en même temps que les cornées se clarifient. C'est le malade lui-même qui appelle notre attention sur ce fait, car il constate l'amélioration rapide de la vision.

Le 13, le pus est si peu abondant que deux lavages par jour suffisent amplement. Néanmoins deux autres injections sont faites par précaution. Le 20 C..., complètement guéri, quitte la Clinique ophtalmologique. Les cornées ont repris leur transparence normale.

L'urétrite a été traitée par la méthode de Janet et les injections d'airol dans l'urèthre antérieur. Elle est guérie elle aussi.

Obs. II. — Ophthalmie purulente gonococcique double. Cinq injections de vaccin; guérison.

X..., 21 ans, a eu plusieurs urétrites gonococciques. La dernière, mal guérie, remonte à quelques mois. L'écoulement redevient très abondant après les excès de table ou les excès génésiques.

Les premiers symptômes oculaires datent du 29 avril 1914. Le soir, l'œil gauche est un peu injecté; pas de douleurs pourtant ni même de photophobie, mais une légère gêne oculaire que X... constate sans savoir à quoi l'attribuer. Le 30, au réveil, la paupière supérieure gauche est un peu œdématisée. X... se lave avec une infusion de camomille tiède. Il vient consulter le 1^{er} mai. Les deux yeux sont atteints; les paupières sont œdématisées, le chémosis commence. Les culs-de-sac conjonctivaux renferment un peu de muco-pus. Les cornées sont intactes. La culture sur gélose au sang et les frottis montrent qu'il s'agit bien de gonocoque pur.

La première injection de vaccin est pratiquée le 1^{er} mai à 5 heures du soir. On fait deux lavages au permanganate à 1/2.000 avec la poire de caoutchouc pendant la nuit. Ils sont suivis d'une instillation d'argyrol à 1/10. On maintient en même temps de la glace sur les paupières.

Le 2 mai le chémosis est considérable, l'œdème des paupières est énorme, mais il n'y a que très peu de pus. On fait une émission sanguine abondante aux deux tempes sans que l'œdème diminue beaucoup. Dans la journée deux lavages seulement sont nécessaires. Deuxième injection de vaccin.

3 mai. — Le chémosis et l'œdème des paupières restent considérables. La suppuration n'augmente pas. Troisième injection.

4 mai. — Les phénomènes inflammatoires s'atténuent rapidement, les

paupières s'ouvrent d'elles-mêmes. Il y a juste assez de sécrétion conjonctivale pour agglutiner les cils. Deux petits lavages du bord ciliaire avec un tampon de coton suffisent. Quatrième injection.

5 mai. — L'état oculaire est excellent, suppression de la glace. Une cinquième injection de vaccin est faite bien que l'état soit très satisfaisant. La pression sur le canal de l'urèthre, trois heures après la miction, n'amène au méat qu'une goutte de mucus. Mais il faut noter que c'est l'état habituel ; la suppuration n'est abondante que transitoirement. Le repos au lit et le régime suffisent pour expliquer sa disparition.

6 mai. — Le malade ouvre les yeux sans difficulté. Il n'y a pas trace de pus dans la conjonctive. Le chémosis a entièrement disparu. On continue à instiller de l'argyrol matin et soir. X... peut être considéré comme guéri.

Le 9 mai il pouvait quitter la Clinique. Les conjonctives sont seulement encore un peu rouges. L'absence de sécrétion, la disparition du chémosis et de l'œdème palpébral font considérer la guérison comme un fait accompli.

Les deux observations précédentes ont fait l'objet d'une communication de M. le professeur Lagrange à la Société de médecine de Bordeaux.

Obs. III. — Conjonctivite purulente gonococcique double. Trois injections de vaccin. Guérison.

D., 15 ans, garçon épicier, est atteint d'une ophtalmie purulente double lorsqu'il entre à la Clinique, le 19 octobre 1914. Il n'a pas d'urétrite mais a pu être infecté par un camarade plus âgé que lui qui soigne par le mépris une violente chaudepisse. L'examen des frottis de pus conjonctival et la culture sur gélose au sang confirment le diagnostic. Le gonocoque est abondant et à l'état de pureté.

L'œdème palpébral et le chémosis sont peu accusés ; la cornée de l'œil droit présente en bas une petite ulcération superficielle, qui se colore par la fluorescéine. La cornée gauche est à peine louchée, la suppuration est abondante.

Première injection le 19 octobre. Le lendemain le pus ne coule plus sur la joue. Il en reste seulement quelques filaments dans le cul-de-sac conjonctival. Deuxième injection le 20. Après cette injection il n'y a plus de trace de suppuration. L'œdème palpébral a disparu.

Une troisième injection est faite le lendemain. Les lavages au permanganate très faible, suivis d'instillations d'argyrol, sont supprimés dès le second jour. L'ulcération de la cornée ne s'est pas aggravée ; elle guérit rapidement et D... peut quitter la Clinique pour reprendre son travail le 31 octobre.

Obs. IV. — Conjonctivite purulente gonococcique de l'œil droit. Sept injections quotidiennes de vaccin produisent une légère amélioration, mais n'amènent pas la guérison.

D., 17 ans, a été inoculé par un camarade atteint de chaudepisse

qu'il avait prié de lui extraire un corps étranger du cul-de-sac conjonctival. Le 30 mars, lorsqu'il entre à la Clinique, le pus coule très abondamment depuis deux jours. Les frottis renferment des gonocoques, mais aussi de très nombreuses espèces microbiennes (staphylocoques, pneumocoques, petits diplocoques, bâtonnets), plus nombreux que les gonocoques.

L'œdème palpébral et le chémosis sont très considérables, l'épithélium cornéen est déjà légèrement ulcéré en bas. L'œil gauche est indemne. On commence les lavages au permanganate très faible, toutes les trois heures, suivis d'instillations d'argyrol à 4/10 et l'on pratique en même temps les injections de vaccin.

Première injection le 6 avril. Le lendemain l'œdème palpébral a diminué et la nature de la suppuration a été totalement modifiée. Le pus jaune et crémeux est remplacé par un liquide blanchâtre très fluide, moins abondant.

Ces phénomènes s'accroissent après les injections suivantes, mais la suppression du pus n'est pas obtenue; sept injections sont ainsi faites sans que l'état du malade s'améliore davantage. Au contraire, l'ulcération atteint les lames cornéennes et s'étend rapidement. Les frottis renferment toujours des gonocoques associés aux mêmes microbes.

On se décide alors, n'osant dépasser la septième dose, et l'ulcère s'aggravant, à revenir aux anciennes méthodes. Le malade est traité par les projections de vapeur chaude sur la conjonctive, thérapeutique qui nous a donné autrefois de très bons résultats. En quelques jours la guérison est obtenue. L'ulcère évolue ensuite normalement. D... guérit avec un leucome et sort le 10 mai.

Obs. V. — Conjonctivite purulente gonococcique double. Quatre injections de vaccin arrêtent la suppuration. Récidive. Quatre nouvelles injections amènent la guérison.

M..., 30 ans, éthylique et *minus habens* a depuis longtemps une urétrite gonococcique chronique. Lorsqu'il vient consulter le 6 avril, il présente en outre une conjonctivite purulente double dont il est impossible de lui faire préciser le début. Le pus coule abondamment sur ses joues, l'œdème palpébral considérable l'empêche d'ouvrir les yeux; le chémosis n'est pas énorme, mais les deux cornées présentent des ulcérations superficielles. Les frottis montrent de très nombreux gonocoques.

L'urétrite est traitée par la méthode de Janet à laquelle on associe des injections d'airoi. Les culs-de-sac conjonctivaux sont nettoyés à la poire de caoutchouc avec de l'eau bouillie légèrement teintée de permanganate, toutes les trois heures. Le lavage est suivi d'une instillation d'argyrol.

Quatre injections intra-musculaires de vaccin sont pratiquées en quatre jours. Dès la troisième la suppuration cesse, l'œdème palpébral disparaît et l'état des cornées s'améliore. On continue les lavages trois fois par jour et les instillations d'argyrol. Au bout de trois jours la suppuration réapparaît, elle persiste malgré les lavages très fréquents et redevient

menaçante. La guérison n'était-elle pas complète après les quatre premières injections ou le malade très indocile a-t-il reporté dans sa conjonctive un peu de pus urétral ?

Quoi qu'il en soit, de nouvelles injections de vaccin sont faites aussitôt. Dès la deuxième la suppuration est nulle. Deux autres doses sont injectées par mesure de prudence. Les kératites évoluent ensuite normalement ; les lames cornéennes ont peu souffert ; la réparation de l'épithélium est très lente, la photophobie persiste longtemps ; pourtant M... part guéri le 10 mai.

Obs. VI. — *Conjonctivite purulente gonococcique de l'œil droit. Cinq injections de vaccin, guérison.*

Mme P., 46 ans, vient consulter le 10 juillet 1915. Elle est depuis quelque temps déjà atteinte de blennorrhée et le début de la conjonctivite remonte au 7 juillet. La suppuration est très abondante, l'œdème de la paupière supérieure et le chémosis sont considérables. La cornée est déjà dépolie en bas ; elle présente tout près du limbe une petite ulcération qui se colore par la fluorescéine.

L'étude des frottis montre une grande quantité de gonocoques intra et extra cellulaires, de nombreuses cellules épithéliales desquamées. Lavages à l'eau bouillie légèrement teintée de permanganate avec la poire en caoutchouc quatre fois par jour et par nuit et traitement de Nicolle.

Première injection de vaccin le 10 juillet, à 4 heures du soir. Le lendemain matin la suppuration est presque arrêtée. Il n'y a plus qu'un peu de pus dans le cul-de-sac conjonctival.

Deuxième injection le 11. Le 12, après la troisième injection, la suppuration n'existe plus. Deux autres injections sont faites par précaution. L'ulcération n'a pas progressé, les lames de la cornée restent intactes et bientôt l'épithélium lui-même se régénère. La malade sort complètement guérie le 29 juillet.

Obs. VII — *Conjonctivite purulente gonococcique de l'œil gauche. Cinq injections de vaccin, guérison.*

Yvonne J., 22 ans, est atteinte de vaginite gonococcique depuis les premiers jours d'août. Les premiers symptômes de conjonctivite remontent au dimanche 8 août et la malade vient consulter le 11, à 5 heures du soir. L'œdème de la paupière et le chémosis sont très considérables, la suppuration est très abondante et la cornée, entièrement dépolie, présente en bas une ulcération épithéliale très nette. L'examen des frottis du pus conjonctival met en évidence de nombreux gonocoques.

Première injection de vaccin le 11, à 6 heures du soir. On fait toutes les trois heures un lavage à la poire avec du permanganate très faible. Le lendemain l'œdème des paupières est beaucoup moins considérable, l'œil peut s'ouvrir avec un léger effort. Le pus est beaucoup moins abondant.

Deuxième injection le 12. Le 13, dès le matin, il n'y a presque pas de pus dans le cul-de-sac conjonctival. L'œil s'ouvre maintenant assez facilement. L'ulcération épithéliale reste stationnaire, les lames cornéennes sont intactes.

Après la troisième injection la suppuration est complètement tarie. Les paupières ne sont plus œdématisées, la paupière supérieure ne présente plus qu'un peu de ptosis. Deux injections sont faites par mesure de précaution les jours suivants. L'ulcération est traitée ensuite par l'atropine et le bleu de méthylène. Les lames cornéennes n'ont pas été atteintes et l'épithélium se répare rapidement.

Signalons en passant que l'écoulement vaginal très abondant a complètement disparu, sans aucun traitement local, après la troisième injection de vaccin. Yvonne J... part complètement guérie le 20 août.

Obs. VIII. — Conjonctivite purulente gonococcique double chez une femme de 74 ans. Amélioration passagère suivie d'une rechute grave.

Marie D., 74 ans, vient consulter le 1^{er} août. Elle est atteinte de vaginite accompagnée de conjonctivite purulente double. Le gonflement palpébral et le chémosis ne sont pas énormes mais empêchent l'ouverture de la fente palpébrale. L'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques. L'épithélium de la cornée droite commence à s'exfolier en bas, l'ulcère est déjà profond sur la partie inférieure de la cornée gauche. La malade ne s'alimente pas et déraisonne par moments.

Malgré le grand âge et l'état général très mauvais nous essayons, sans conviction, la vaccinothérapie, en y associant les lavages au permanganate très faible et les instillations d'argyrol fort.

Injections de vaccin les 2, 3, 4, 5 août. Dès la première injection, disparition du chémosis et de l'œdème palpébral. Le pus conjonctival devient fluide, puis disparaît presque totalement. Nous croyons la malade guérie et supprimons les injections. L'état des ulcères de la cornée ne s'est pas aggravé et on peut espérer un bon résultat. L'écoulement vaginal persiste très abondant et la malade inconsciente ne cesse, malgré les recommandations, de se frotter les yeux. Le 8 les paupières sont de nouveau œdématisées et la suppuration reparait crémeuse et abondante. Le pus renferme des gonocoques et de nombreuses formes microbiennes.

Les injections quotidiennes de vaccin sont reprises le 9 et continuées pendant 7 jours. Les premières amènent la disparition des phénomènes inflammatoires et modifient la qualité de la sécrétion ; elle devient fluide mais reste abondante, malgré les lavages fréquents au permanganate suivis d'instillation d'argyrol au 1/10.

A partir du 15 les injections de vaccin sont supprimées et l'on continue le traitement habituel (permanganate et argyrol). L'état local est de plus en plus mauvais ; les ulcérations cornéennes s'étendent. La malade y voyant très mal devient intraitable et son état mental nécessite son transfert avec les aliénés, dans le service du professeur Régis, le 24 août.

En résumé, après une amélioration rapide, Marie D..., a été atteinte

par une rechute très grave sur laquelle la vaccinothérapie n'a pas eu beaucoup d'action. Le manque de vaccin antigonococcique a empêché de continuer au delà de la septième injection ; mais son état aurait-il pu s'améliorer en continuant ? Je ne le crois pas. C'est un échec pour la vaccinothérapie. C'en est un aussi pour la méthode classique (grands lavages et argyrol) qui n'a pas été négligée pendant toute la durée du traitement.

De semblables observations ont déjà été publiées depuis que Nicolle et Blaizot ont présenté leur vaccin à l'Académie des sciences.

C'est d'abord Cuénod et Penel qui rapportent vingt-six cas d'ophtalmie purulente, en août et septembre 1913.

Les huit premiers ont été traités par un vaccin contenant des gonocoques cultivés et injectés lavés et vivants. L'injection est suivie d'un frisson et d'une fièvre violente (39-40°) sans autre complication.

Les malades sont trois adultes, trois enfants de 18 mois à 5 ans, deux nouveau-nés. Dans l'observation (II), trois injections ont été faites sans succès.

Le cas III est remarquable : une ophtalmie purulente double très grave, chez une fillette de 5 ans, guérit complètement après une seule injection.

Huit injections n'ont amené aucune amélioration chez le malade de l'observation IV.

Dans deux cas (VI et VIII) il y eut rechute au bout de quelques jours ; de nouvelles injections amenèrent la guérison définitive.

En général, l'amélioration se manifeste dès la deuxième injection faite deux ou trois jours après la première. Les cas les plus graves, concernant des adultes venus tardivement avec des lésions cornéennes, sont rapidement améliorés.

Les neuf malades suivants ont reçu en injection des gonocoques vivants sensibilisés. Ce sont cinq nouveau-nés, un enfant et deux adultes.

Chez les nouveau-nés, le résultat est très bon ; une rechute, dans l'observation XII est guérie par une nouvelle série d'injections. L'enfant, une fillette de 5 ans, est guérie après 7 injections.

Chez les adultes, il faut noter un résultat médiocre (XIII). Le malade de l'observation XI s'est présenté dans un état lamen-

table, avec des cornées presque totalement nécrosées, aussi le résultat n'est-il pas brillant. Cependant les injections de vaccin ont eu rapidement raison de la suppuration.

Neuf cas ont été traités par le vaccin atoxique fluoruré (dmégon). Il s'agit de deux nouveau-nés, cinq enfants et deux adultes. L'un des nouveau-nés présente une rechute que guérit une nouvelle injection (XVII). L'un des adultes (XXI) est guéri en trois jours, bien qu'il s'agisse d'un cas grave, après deux injections.

Au total, le vaccin a été employé par Cuénod et Penel pour neuf nouveau-nés, neuf enfants de 18 mois à 7 ans, sept adultes. Sur ce nombre, ils enregistrent deux succès, neuf cures remarquables. Dans les autres cas, la guérison a été obtenue en un temps variant de huit à quinze jours.

Ces auteurs concluent de ces résultats que « le vaccin de Nicolle et Blaizot constitue une arme certaine dans la lutte terrible contre l'ophtalmie purulente gonococcique ». Dans les premiers cas ils ont employé simultanément les moyens ordinaires (nitratage, argyrolage et grands lavages fréquents. Dans les derniers, sans abandonner les lavages fréquents au sérum physiologique, ils ont supprimé tout collyre actif et ces cas ayant été les meilleurs, ils estiment « que la preuve est bien faite de l'incontestable efficacité du nouveau vaccin ».

Morax est loin d'être aussi optimiste. Dans sa statistique des cas traités à Lariboisière de 1906 à 1913, il rapporte à la Société d'Obstétrique de Paris, le 9 février 1914, six cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés traités par le vaccin de Nicolle et Blaizot. L'apparition des lésions cornéennes dans deux cas, l'absence de modifications manifestes de la sécrétion l'ont obligé à pratiquer en même temps le traitement argentique. La durée de la maladie n'a pas été modifiée. Il conclut qu'il ne faut pas faire trop confiance à la vaccinothérapie et dans tous les cas ne pas négliger le traitement argentique.

A la même époque, Fromaget présente à la Société de médecine de Bordeaux deux cas d'ophtalmie purulente, du nouveau-né et de l'adulte dans lesquels il a pu constater, surtout chez l'adulte, une atténuation notable de l'affection.

La guérison du nouveau-né est obtenue en huit jours, après trois injections de vaccin, deux instillations de nitrate dans l'œil droit et quatre dans le gauche. L'adulte est guéri en huit jours et

il semble bien que le vaccin ait eu un pouvoir préventif pour le second œil.

Mais quelques semaines plus tard le même auteur relatait une observation dans laquelle les injections de vaccin associées au traitement argentique (nitratage et argyrolage) et aux grands lavages n'ont pas empêché l'apparition de complications cornéennes graves. C'est un insuccès pour la vaccinothérapie.

En mai 1914, Offret rapporte 32 cas d'ophtalmie gonococcique traités par le vaccin de Nicolle et Blaizot. Ce sont quinze conjonctivites des nouveau-nés, treize conjonctivites de l'enfant et de l'adulte, trois cas de conjonctivite métastatique.

Pour lui, le vaccin a une action thérapeutique certaine contre la gonococcie oculaire. Il diminue presque toujours les symptômes inflammatoires. Assez souvent, il diminue la sécrétion qui devient plus fluide et moins abondante, mais en général ne disparaît pas aussi vite que les phénomènes inflammatoires. Pratiquement, le vaccin est un agent thérapeutique excellent, mais qui, jusqu'à nouvel ordre, ne doit pas être employé seul; il doit être associé au traitement classique.

Roche, de Marseille, publie en juin quatre cas de conjonctivite purulente des nouveau-nés. J'ai pu retrouver trois de ces cas pour lesquels le résultat est excellent. La guérison est obtenue en trois, quatre et six jours, après deux ou trois injections.

Roche estime que le vaccin de Nicolle et Blaizot est tout aussi efficace que le sérum de Roux dans la diphtérie. Il faut seulement ne pas demander à ce traitement ce qu'il ne peut donner; il ne faut pas oublier les associations microbiennes qui peuvent compliquer les choses, traiter les complications cornéennes et laisser aux ulcérations le temps de se fermer. Certes le traitement local ne doit jamais être négligé, mais il n'est pas permis actuellement d'omettre d'employer le vaccin de Nicolle et Blaizot. C'est un traitement absolument anodin et qui a fait ses preuves.

Lagrange présente à la Société de médecine de Bordeaux, le 19 juin 1914, deux cas d'ophtalmie purulente de l'adulte que nous avons rapportés en détail (obs. I et II). Ce sont deux cas très favorables à l'emploi du vaccin. Voici quelle est son opinion.

« La deuxième observation est surtout remarquable en ceci que la médication a vraiment eu un résultat abortif, l'ophtalmie purulente affirmée par l'examen bactériologique et par tous les gros

signes inflammatoires de la première période a été arrêtée au début de la deuxième période par les injections de vaccin.

« L'observation des deux faits que nous rapportons ici entraîne d'une façon absolue notre conviction sur l'efficacité du vaccin de Nicolle et Blaizot dans l'ophtalmie purulente gonococcique et nous considérons que la découverte faite par nos confrères mérite la plus grande attention et les plus grands éloges. »

Il est certain qu'une première critique s'adresse à la plupart des observations précédentes : le plus souvent le traitement local a été associé, non sans raison du reste, aux injections de vaccin de Nicolle et Blaizot. Il en résulte qu'on ne sait exactement quelle part faire au vaccin dans la guérison ; il est vrai qu'ainsi les lavages et les collyres argentiques gardent, en cas d'insuccès, une part de responsabilité.

Quelques cas cependant démontrent bien clairement l'activité du vaccin. Ce sont tout d'abord ceux dans lesquels on n'a pas eu recours aux argentiques. Cuénod et Penel avaient déjà traité plusieurs malades en se bornant à pratiquer des lavages au sérum physiologique. Enhardi par leur exemple et par quelques résultats heureux j'ai supprimé dans deux cas tout collyre actif (obs. VI et VII) et je n'ai pas eu à le regretter, ces cas comptent parmi les meilleurs.

Quelques observations sont tout aussi démonstratives. Ce sont : l'observation III de Cuénod et Penel. L'aggravation du mal est rapide malgré le traitement classique. Une injection de vaccin amène la guérison immédiate ;

L'observation II de Roche. Le cas est sévère, il s'agit d'une conjonctivite pseudo-membraneuse. Malgré le traitement habituel, la cornée s'ulcère dès les premiers jours. Deux injections de vaccin amènent la guérison ;

Mon observation V dans laquelle la suppuration tarie par deux injections reparait malgré le traitement local qui n'a jamais été interrompu (lavages au permanganate et argyrolage) et disparaît de nouveau rapidement lorsqu'on fait de nouvelles injections.

Dans les autres cas, l'action du vaccin n'est pas toujours aussi évidente, mais elle n'en existe pas moins.

La modification rapide des symptômes inflammatoires est constatée dans presque tous les cas par Cuénod et Penel, par Offret, par Fromaget, par Roche. Elle apparaît nettement dans les huit

cas d'ophtalmie purulente traités à la Clinique de Bordeaux. Elle fait défaut dans quatre des six cas de Morax.

Généralement les phénomènes inflammatoires cèdent dès la première injection. L'œdème est moins considérable, la paupière supérieure moins gonflée, plus souple. Après la deuxième ou troisième injection quotidienne l'œil peut s'entr'ouvrir.

Lorsque le malade se présente au début de l'affection, alors qu'il faut chercher avec la pipette dans le fond du cul-de-sac inférieur pour recueillir un filet de muco-pus, la guérison peut être obtenue avant que la grande suppuration ait eu le temps de se manifester. L'observation I que j'ai rapportée, et qui a été présentée par M. le professeur Lagrange à la Société de médecine de Bordeaux en fait foi. Il semble même que le vaccin ait eu un pouvoir préventif dans le premier cas de Fromaget. Le second œil présente les premiers signes du début de l'infection, mais celle-ci est jugulée avant que la suppuration se soit manifestée.

Le malade arrive-t-il avec une suppuration déjà abondante l'injection modifie presque toujours très rapidement la qualité du pus. De crémeuse et jaune la sécrétion devient fluide et plus claire. Elle s'écoule facilement et le lavage la détache sans peine de la conjonctive. Dans les cas graves où les paupières sont tapissées de fausses membranes, celles-ci disparaissent pour faire place à une sécrétion muco-purulente. Les observations I et II de Roche, XV et XXIII de Cuénod et Penel sont remarquables à ce sujet.

J'ai constamment observé ces modifications de la sécrétion, même dans deux cas malheureux. Pourtant leur absence a obligé Morax à entreprendre le traitement argentique dans six cas d'ophtalmie des nouveau-nés.

A cette période du mal la sécrétion peut encore être tarie très rapidement. On observe sa disparition après une seule injection de vaccin (obs. III, XXV, XXVI de Cuénod et Penel), après deux injections (obs. IX, X, XV, XVI, XVIII, XIX, XXIII de Cuénod et Penel), trois observations de Roche. Mes observations III et VII en sont deux exemples.

Dans la majorité des cas ce résultat se fait attendre un peu plus et il faut en général de trois à six injections pour supprimer toute trace de pus.

Ce sont là les cas heureux. L'expérience montre qu'il faut se

défier des récidives. Parfois encore il persiste une sécrétion très peu abondante et l'on peut croire à la guérison. Cependant la goutte de pus qui persiste renferme du gonocoque et peut provoquer des complications cornéennes. Deux fois je me suis laissé tromper par ce semblant de guérison (obs. V et VIII) ; Cuénod et Penel ainsi que Offret rapportent des cas semblables.

Il peut arriver enfin que la suppuration persiste sans que le vaccin modifie sensiblement sa quantité. Je l'ai observé une fois (obs. IV) et il me semble qu'Offret a été témoin de semblables insuccès. Cuénod et Penel en rapportent deux cas (II et IV). Six cas de Morax n'ont pas été améliorés par la vaccinothérapie. Chez le troisième malade de Fromaget la suppuration reste abondante et l'ulcération de la cornée suivie de perforation survient malgré les injections de vaccin.

A quoi tiennent ces insuccès ? Roche a déjà appelé l'attention sur les associations microbiennes qui peuvent compliquer les choses et il ne faut certes pas les oublier. Déjà Nicolle et Blaizot ont résolu la question pour le synocoque, compagnon habituel du gonocoque. Les autres associations sont malheureusement difficilement constatables. J'ai été frappé, dans l'observation IV qui est un insuccès, de l'abondance des microbes autres que le gonocoque et j'ai noté le fait. Doit-on lui attacher une importance ? je n'oserais l'affirmer, car je constate que parmi les meilleurs cas de Cuénod et Penel se trouvent des conjonctivites purulentes associées au trachome. Il y a donc autre chose que l'association microbienne qui peut influencer sur le cours de l'affection. Doit-on attribuer les insuccès à un défaut de polyvalence du vaccin ou bien est-on en droit de penser qu'il y a des sujets qui sont incapables de réactions humorales ? Peut-être reçoivent-ils une dose de toxine sans que la production d'antitoxines que leurs milieux peuvent fournir en soit sensiblement augmentée. Ils ne peuvent être immunisés. D'ailleurs, la sérothérapie elle-même qui apporte à l'organisme malade des immunisines toutes préparées, n'a pas donné 100 pour 100 de succès pour la conjonctivite diphtéritique et peut-être n'est-on pas en droit d'exiger plus de la vaccination antigonococcique. Quoi qu'il en soit, les insuccès existent, il faut compter avec eux.

Il est certain qu'on évite l'ulcération cornéenne en supprimant le contact du pus avec la cornée et il n'est pas douteux que le

vaccin rend, à ce point de vue, de grands services dans les cas où la suppuration est rapidement tarie. Lorsqu'elle met plus longtemps à disparaître on peut voir survenir les complications cornéennes et Offret a déjà insisté sur le fait que la sécrétion même minime garde souvent encore son caractère de gravité. Cuénod et Penel (obs. XX) ont vu l'ulcération survenir après la quatrième injection. Morax et Fromaget ont assisté à trois complications cornéennes analogues. Dans les autres cas où des lésions cornéennes sont signalées, elles existaient avant le traitement.

On peut espérer une action bienfaisante du vaccin lorsque l'épithélium est en partie desquamé ou que les lames cornéennes sont infiltrées sans avoir encore perdu leur vitalité. Offret a vu ainsi une infiltration cornéenne disparaître totalement en 4 jours chez un nouveau-né et le premier cas, présenté par M. le professeur Lagrange à la Société de médecine de Bordeaux (obs. I), est remarquable à ce sujet. Quand les lames cornéennes se sont en partie éliminées, on ne peut évidemment espérer le *statu quo* qu'autant que le pus disparaît rapidement du cul-de-sac. J'ai rapporté quatre cas de ce genre (obs. III : la suppuration est tarie en 48 heures et l'ulcère guérit rapidement, obs. V, VI, VII). Encore faut-il que les lames intactes puissent supporter la pression intra-oculaire pour éviter la perforation ou le staphylome : il ne faut pas demander au vaccin plus qu'il ne peut donner.

La guérison complète en huit ou dix jours n'est pas rare, mais on peut l'observer plus rapide, en trois ou quatre jours (observation de Roche), après une seule injection (obs. XXV et XXVI de Cuénod et Penel).

Sur mes huit cas, je note deux succès. Des six autres, cinq sont particulièrement sévères, se présentent dès le début avec des ulcérations cornéennes. L'arrêt de la suppuration est complet en 2, 3, 5 et 6 jours. La guérison complète, le malade quittant la Clinique pour reprendre son travail, après cicatrisation de l'ulcère, est obtenue en 8, 10, 11, 12, 19 jours. Un seul malade reste 34 jours à la Clinique ; il s'agit de l'observation V dans laquelle une récurrence est survenue. Le traitement par le vaccin avait été interrompu un peu trop tôt.

Trois cas de conjonctivite purulente métastatique ont été traités par Offret, exclusivement avec le vaccin de Nicolle et Blairot ; ils se sont terminés par la guérison en une dizaine de jours.

Voilà quels ont été les résultats obtenus; quant aux contre-indications je n'en connais pas. Les injections intra-musculaires dans le muscle de la fesse, même lorsqu'on les répète chaque jour, comme je l'ai toujours fait, sont parfaitement supportées et ne provoquent aucune réaction générale. On peut bien dire que la vaccinothérapie ne présente ni inconvénient ni danger.

J'aurais voulu terminer cette étude par une statistique de tous les cas traités. L'incertitude où je me suis trouvé pour quelques observations qui n'ont pas été publiées en détail m'en a empêché. J'aime mieux m'abstenir que produire des chiffres inexacts. D'ailleurs, si éloquents que soient les chiffres, que nous apprendraient-ils que nous ne sachions déjà?

Quelques guérisons vraiment merveilleuses, un très grand nombre de résultats heureux quoique moins rapides, dus au vaccin de Nicolle et Blaizot nous font un devoir d'en faire bénéficier nos malades atteints d'ophtalmie purulente gonococcique. Mais le fait qu'un insuccès est possible nous oblige à ne pas abandonner le traitement classique. Et c'est par là que je conclurai, convaincu que le malade ne peut que tirer avantage de l'association de méthodes thérapeutiques qui ont fait leurs preuves et qui n'ont rien d'incompatible.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GUÉNOD et PENEL, Vaccinothérapie de la conjonctivite à gonocoques. *Annales d'ocul.*, t. CL, p. 337, 1913. *Clin. opht.*, août 1913 et février 1914.
- FROMAGET, Ophtalmie gonococcique de l'adulte guérie par le vaccin de Nicolle et Blaizot. *Soc. de méd. de Bordeaux*, 13 février 1914 et *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 12 avril 1914. — Ophtalmie purulente du nouveau-né traitée par le vaccin de Nicolle et Blaizot. *Soc. méd. de Bordeaux*, 27 février 1914 et *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 26 avril 1914. — Discussion. *Soc. méd. de Bordeaux*, 19 juin 1914 et *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 1^{er} août 1915.
- LAGRANGE, Deux cas d'ophtalmie purulente gonococcique traités avec succès par le vaccin de Nicolle et Blaizot. *Soc. de méd. de Bordeaux*, 19 juin 1911 et *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 18 juillet 1915.
- MORAX, A propos du traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né. *Soc. d'obstétrique*, Paris, février 1914.
- NICOLLE et BLAIZOT, Un vaccin antigonococcique atoxique. Son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications. *Acad. des sciences*, 6 octobre 1913. — Vaccins stables et atoxiques à propos du vaccin antigonococcique. *Acad. des sciences*, 24 novembre 1913.

OFFRET, Trente-deux cas d'ophtalmie gonococcique traités par le vaccin de Nicolle et Blaizot. *Clin. opht.*, mai 1914.

Roche, Le sérum de Nicolle et Blaizot dans la conjonctivite gonococcique des nouveau-nés. *Clin. opht.* p. 355, juin 1914.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE BORDEAUX

SUR UN CAS D'HÉMIANOPSIE BI-TEMPORALE
PAR TUMEUR DE L'HYPOPHYSE

Par le docteur **CARLOS F. CALAMET** (de Montevideo)
Assistant de la Clinique.

Nous avons récemment observé, dans le service du professeur Lagrange, un cas d'hémianopsie bi-temporale due à une tumeur de l'hypophyse sans aucun signe d'acromégalie. De semblables observations ne sont pas nouvelles dans la science et sans vouloir ici faire l'historique de cette question nous rappellerons que, dans un travail magistral présenté en 1909, au Congrès international de Budapesth, Uthoff a examiné 328 cas d'affections hypophysaires accompagnés de symptômes oculaires. Chez 207 malades l'acromégalie est évidente et sur ce nombre on note 89 fois l'hémianopsie bi-temporale. L'acromégalie fait absolument défaut dans 121 cas parmi lesquels les lésions oculaires se distribuent comme suit :

- 37 fois de l'hémianopsie bi-temporale ;
- 34 fois de l'amblyopie et de l'amaurose ;
- 27 fois de l'atrophie optique ;
- 15 fois de la stase papillaire ;
- 14 fois de la névrite optique ;
- 12 fois de la compression du nerf optique ;
- 2 fois de l'hémianopsie homonyme ;
- 6 fois des troubles divers.

Plus récemment encore des cas tout à fait typiques ont été publiés par Pechdo, Nocety et Houssay.

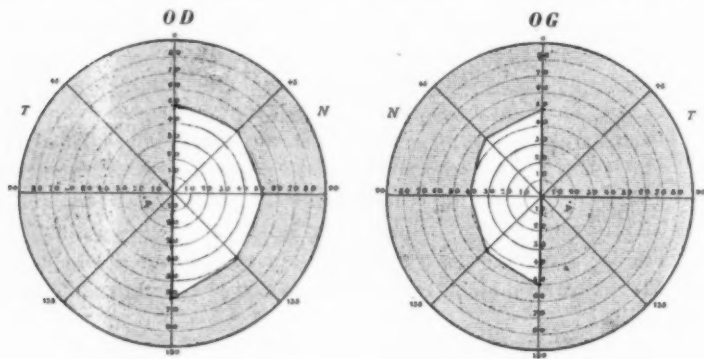
L'hémianopsie bi-temporale est donc relativement fréquente dans les tumeurs de la selle turcique. Aussi est-ce beaucoup moins pour sa rareté que pour l'intérêt qui se rattache à l'interprétation de l'hémianopsie et des symptômes qui l'accompagnent

(réflexe de Wernicke, symptôme de Bard) que nous publions aujourd'hui l'observation suivante :

OBSERVATION. — Noëly P..., marchande, âgée de 47 ans, vient à la consultation du 18 février 1914.

Elle se plaint d'une diminution progressive de sa vision. « Jusqu'à l'âge de 43 à 44 ans, dit-elle, j'ai toujours eu une excellente santé et ma vue est restée très bonne jusqu'il y a deux ans environ. J'ai noté alors que progressivement je voyais de moins en moins. Je n'y ajoutais pourtant pas beaucoup d'importance croyant à une diminution due à la fatigue ou à mon âge, lorsqu'il y a un an, tout à coup, dans un tramway, je m'aperçus que je ne voyais que la moitié des gens placés en face de moi. » Ce phénomène coexiste avec des céphalées temporo-frontales, de l'amnésie, des somnolences et des vomissements soudains qui ne seraient pas toujours précédés de nausées.

L'aspect extérieur de la région oculaire est normal; il n'y a rien à



retenir de l'examen des paupières, de la fente palpébrale, des conjonctives. Les globes ont leur volume habituel, l'intégrité de leurs mouvements est complète.

L'éclairage oblique ne montre rien de pathologique; pupilles égales des deux côtés, un peu paresseuses à la lumière et à la convergence. Les cristallins sont transparents. L'acuité visuelle est de : O. D. = $\frac{2}{10}$; O. G. = $\frac{1}{10}$.

Les champs visuels que nous reproduisons ont été mesurés au périmètre de Fritsch avec un éclairage moyen et un test d'un centimètre de côté. Pour l'œil droit la vision est nulle dans la partie temporale. Le champ conservé s'étend à 50° en dedans, 50° en haut, 60° en bas. Du côté gauche nous notons 50° en haut, 40° en dedans, 50° en bas. Pour les deux champs la ligne de démarcation des parties conservées et des parties perdues passe exactement par le point de fixation. Le champ des

couleurs est normal dans la limite du blanc; il n'existe pas de scotomes.

L'éclairage direct ne décelle aucun trouble des milieux transparents. A l'ophtalmoscope les papilles apparaissent légèrement décolorées dans leur totalité; les artères sont un peu petites, les veines ont leur calibre normal.

Nous sommes donc en présence d'une hémianopsie bi-temporale tout à fait typique, symptomatique d'une lésion du chiasma optique. Quelle est la nature de cette lésion ?

Multiples sont les causes qui en déterminant une lésion chiasmatique peuvent produire une hémianopsie. L'hypertrophie de l'hypophyse, qui accompagne l'acromégalie, compte parmi les plus fréquentes, mais dans le cas qui nous occupe nous n'avons aucun signe de gigantisme, de syndrome adiposo-génital, d'hypertrophie glandulaire.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à un anévrysme de la carotide interne inadmissible, étant donné l'état des artères et l'absence de tout symptôme vasculaire. L'auscultation du cœur révèle seulement un peu de retentissement du second bruit à la base. Les artères sont souples et la tension au Pachon est de Maxim = 15. Minim = 10.

L'examen du sang pratiqué par le docteur Muratet, chef du laboratoire de la Clinique, donne les résultats suivants :

Hémoglobine = 85 p 100. Globules rouges = 4.991.000; blancs = 9.920.

La tuberculose et la syphilis de l'hypophyse, cette dernière pouvant se compliquer de phénomènes acromégaliques, s'accompagnent de méningites de la base faciles à reconnaître et entraînent le plus souvent des paralysies oculaires. D'ailleurs le Wassermann et la cuti-réaction furent négatives et l'examen de la malade et de ses antécédents confirme ces résultats.

La grand-mère de la malade fut aveugle pendant 30 ans sans qu'elle puisse dire pour quelle cause; elle croit cependant pouvoir assurer qu'elle n'avait pas la cataracte.

Réglée de bonne heure, la malade jouit d'une excellente santé pendant son jeune âge. Elle a un enfant, aujourd'hui âgé de 15 ans et bien portant. Elle n'a eu aucune maladie sauf quelques céphalées à l'âge de 27 à 30 ans et qui depuis ne l'ont pas abandonnée. Elle eut ensuite une fausse couche après laquelle elle dut subir une hystérectomie dont les suites furent des plus simples.

Il ne nous reste donc plus qu'à envisager l'hypothèse d'une tumeur de la région hypophysaire comprimant le chiasma.

On a publié quelques cas où la tumeur d'origine cérébrale avait envahi secondairement la selle turcique; mais la marche de l'affection dans notre cas, nous fait abandonner toute idée de propagation de la tumeur car d'autres signes accompagnent le développement des néoplasmes du cerveau.

Il faut donc que nous ayons affaire à une tumeur primitive ou secon-

daire de l'hypophyse elle-même. C'est le diagnostic que nous avons porté et que confirment la symptomatologie générale de l'affection, sa marche, les symptômes oculaires et la radiographie.

Les tumeurs secondaires ou métastatiques sont très rares. Elles se développent le plus souvent dans la tige pituitaire ou dans les persistances pathologiques du canal pharyngien. Elles peuvent produire les mêmes symptômes que les tumeurs primitives.

Les tumeurs primitives, bien étudiées histologiquement par Berda, Erdheim, Courtellemont et Boussy, sont relativement peu fréquentes si nous nous limitons à celles qui nous intéressent, c'est-à-dire à celles dont le grand développement est susceptible de produire une lésion chiasmatique. Erdheim a fort bien étudié les petites tumeurs, fréquentes chez le vieillard, et qui ne provoquent ni troubles trophiques ni symptômes cérébraux.

La nature des tumeurs est fort variable mais ce sont surtout les néoplasmes glandulaires et les sarcomes que l'on a rencontrés avec le plus de fréquence. La consistance des tumeurs varie avec leur nature mais, chose importante, elles subissent la dégénérescence kystique, et arrivées à ce stade, le traitement radiothérapique, comme l'a prouvé Bécclère, ne saurait y apporter aucun bénéfice.

La tumeur se révèle par des signes évidents de compression cérébrale. L'extension de son influence au cerveau se traduit par des céphalées tenaces; selon Souques chaque crise douloureuse correspond à une nouvelle poussée de compression et l'amélioration coïncide, comme chez notre malade, avec la diminution de volume de la tumeur s'accompagnant de décompression du cerveau et aussi du chiasma comme le démontrent l'acuité augmentée et l'agrandissement du champ visuel.

La malade avait des vomissements à forme cérébrale alternant avec d'autres précédés de nausées et présentait également de l'amnésie, phénomènes que nous croyons avec Klippel le résultat d'une intoxication produite par une sécrétion de la tumeur et non due vraisemblablement dans notre cas à une hypertension cérébrale. Nous n'avons malheureusement pas pu pratiquer la ponction lombaire bien que nous n'ignorions pas tout l'intérêt qu'eût présenté l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Nous ne trouvons pas de signes d'extension aux voies nasales se traduisant par l'anosmie, mucorrhée, etc.

Nous avons dit précédemment qu'Uthoff a rencontré dans 15 cas la stase de la papille ; notre malade ne présente pas ce symptôme. On est frappé au premier abord, dans une si longue statistique, du petit nombre signalé car, la stase de la papille signe d'hypertension, signe presque inséparable de toutes les tumeurs de la base du cerveau, semble faire presque toujours défaut dans les tumeurs de l'hypophyse. Entre les diverses théories qui prétendent expliquer cette anomalie, nous adopterons celle de de Lapersonne qui a pour elle une base anatomique ; la tumeur en effet, et l'autopsie l'a prouvé maintes fois, tend à se développer le plus souvent du côté de la selle turcique, comme si l'expansion dure-mérienne qui la recouvre était pour elle une barrière plus difficile à franchir que la paroi osseuse ; elle devient pour ainsi dire extra-cérébrale et il est dès lors facile à comprendre que les phénomènes d'hypertension et de stase papillaire fassent défaut.

L'atrophie de la papille se révèle généralement par la décoloration du segment nasal mais chez notre malade les papilles sont légèrement décolorées dans leur totalité ; nous sommes probablement encore à un stade de compression qui n'a pas abouti à une destruction totale de la fibre nerveuse, opinion que nous basons sur la rapidité relative de son amélioration mise en évidence par son acuité visuelle et par l'extension de son champ visuel.

Le diagnostic ainsi posé il nous parut intéressant de rechercher le réflexe hémioptique de Wernicke et le symptôme de Bard dont l'interprétation est encore si discutée.

Dans un cas d'hémianopsie bi-temporale traumatique reçu l'année dernière à la Clinique, la réaction de Wernicke était manifeste ; chez notre malade la réaction n'existe pas et la pupille se contracte identiquement quelle que soit la moitié des rétines éclairée.

D'après Dupuy-Dutemps le manque de pigmentation des yeux permettant à la lumière de diffuser à travers la sclérotique et d'exciter toute la rétine expliquerait quelquefois l'absence de la réaction de Wernicke. Nous écarterons cette cause d'erreur car tel n'est pas le cas de notre malade et la lumière ne pouvant pas diffuser à travers un œil normalement pigmenté, elle ne saurait mettre en branle l'arc réflexe de la contraction pupillaire.

Il est bien difficile d'accepter, et telle est l'opinion d'Heddoenes

qu'un pinceau de rayons lumineux dirigé sur la rétine aveugle n'éclaire pas par diffusion la totalité du fond d'œil. Il faudrait en conséquence admettre ou bien que la moitié rétinienne hémioptique peut dans certaines conditions provoquer elle aussi le réflexe pupillaire, ou bien que la moitié rétinienne saine peut dans certaines circonstances se contenter d'une lumière réfléchie pour le produire. La première hypothèse répond aux idées de Hess, pour qui les fibres pupillaires n'occupent pas la totalité de la rétine. Il admet que la contraction pupillaire peut être sous la dépendance de la moitié rétinienne hémioptique seule. Mais cette théorie repose sur des données anatomiques qu'il faudrait d'abord démontrer ; encore n'accepterions-nous pas davantage l'interprétation qu'il donne des faits observés. Il est évidemment possible que le réflexe pupillaire ait son point de départ dans la rétine hémioptique, comme dans une rétine totalement amaurotique, mais le fait doit être exceptionnel.

Nous préférons de beaucoup la seconde hypothèse, car c'est un fait évident et de constatation journalière que la sensation lumineuse ne marche pas toujours de pair avec la réaction de la pupille à la lumière. Cette réaction est un réflexe dont l'intensité varie avec les sujets, indépendamment de toute lésion de son arc. Combien de fois n'avons-nous pas trouvé un réflexe normal chez des cataractés dont le fond d'œil était notoirement mauvais ? et, inversement, que de pupilles paresseuses dans des yeux dont le sens lumineux et l'acuité visuelles sont excellents. On aura donc d'autant plus de chance d'observer la réaction hémioptique de Wernicke, qu'on aura affaire à des sujets plus âgés ou dont les pupilles seront normalement lentes à réagir. Ces considérations enlèvent évidemment au symptôme de Wernicke une grande partie de sa valeur et, à notre avis, il ne faudrait plus le rechercher que comme une curiosité sur laquelle on ne pourrait faire grand fonds pour le diagnostic sans risquer de tomber dans une grossière erreur.

Symptôme de Bard. — Notre malade ne présente pas le symptôme de Bard, la moitié temporale de son champ visuel est absolument aveugle, on n'y retrouve pas la moindre perception lumineuse.

Bard se basant sur 3 cas d'hémianopsie homonyme où ses malades pouvaient comparer les intensités lumineuses des deux moi-

tiés rétinienues admet une « dissociation singulière de la perception de la lumière brute et des formes ». Ayant constaté le fait, il émet des hypothèses fort élégantes à l'appui de la persistance du symptôme dans les hémianopsies, soit en acceptant comme Wilbrand, l'existence de centres différents pour la perception de la lumière, forme et couleur, soit en attribuant la dissociation des trois fonctions rétinienues au degré de destruction des lésions, soit enfin en admettant l'existence de fibres homolatérales sensorielles qui, peu nombreuses, ne suffiraient qu'à transmettre la perception lumineuse.

Les première et troisième hypothèses ne reposent sur aucune donnée anatomique car l'existence de ces fibres n'a jamais été démontrée.

Il nous semble qu'il n'est nul besoin d'y recourir pour expliquer le symptôme de Bard quand il existe, en admettant que toutes les fibres rétinienues optiques possèdent les trois fonctions à un degré plus ou moins parfait. Arrivées au chiasma et comprimées par la tumeur ou la glande hypertrophiée, les fibres nerveuses formant le faisceau croisé sont en partie détruites, mais les plus résistantes ou les moins lésées par la compression, quelques-unes, saines peut-être, seront impuissantes pour accomplir jusqu'au bout leur mission. Elles perdront d'abord les fonctions les plus exquises, la perception de la forme et de la couleur, puis en dernier lieu le sens lumineux ; mais nous pouvons aussi admettre que la compression soit suffisante pour arriver à une inhibition complète et même à une destruction totale et alors nous n'aurons plus le symptôme de Bard.

Attribuer à toutes les fibres nerveuses la triple fonction de la perception de la couleur, de la forme et de la lumière, simplifierait bien la question. Il est d'observation courante, et nous en avons en ce moment un cas dans la Clinique, que dans les cas d'amaurose temporaire par endartérite de l'artère centrale de la rétine, la première fonction récupérée est la sensation lumineuse et les dernières la perception de la couleur et des formes, celles qui réclament une intégrité presque totale de la fibre nerveuse. Et ces phénomènes s'expliquent d'autant mieux qu'il peut y avoir cécité dans la moitié du champ visuel et même amaurose complète sans destruction des fibres nerveuses, comme le démontre le cas de Cushing où l'intervention porta sur un kyste de l'hypophyse et le

malade put compter les doigts quatre jours après. Il aurait été intéressant de contrôler dans ce cas s'il ne persistait pas, dans le champ resté aveugle, un reste de perception lumineuse indiquant une inhibition non totale de la fonction des éléments nerveux correspondants.

Dans un cas d'hémianopsie hétéronyme par traumatisme du crâne le professeur Lagrange dans une leçon magistrale émettait une théorie qui mériterait l'étude : comme ce malade ne présentait pas le symptôme de Bard, il se demande : « Pourquoi ne retrouvons-nous rien de semblable dans notre cas ? Ne serait-ce pas parce que chez notre malade, toute la partie touchée est en avant des noyaux et des fibres commissurales annexés à la voie optique tandis que dans les cas observés par Bard, la lésion siège plus loin en arrière sur le trajet des fibres. On comprend que dans ces derniers cas, et grâce aux fibres commissurales, le malade puisse avoir une sensation de lumière, tandis que dans notre cas l'impression n'arrive pas aux commissures et le malade n'a plus cette vision du subconscient. Ce n'est, certes, là qu'une hypothèse, encore mal étayée par des descriptions anatomiques toujours discutées, mais je pense qu'elle peut expliquer, dans les cas d'hémianopsie la présence ou l'absence de sensation lumineuse dans le champ visuel perdu et que la cécité complète du champ visuel touché doit nous porter à penser que la lésion siège en avant des noyaux et commissures annexés à la voie optique. »

Pour confirmer notre hypothèse de tumeur de l'hypophyse nous faisons radiographier la selle turcique.

Cet examen est de la plus haute importance et un facteur indispensable de diagnostic. Effectué par Oppenheim, le premier, en 1899, c'est à Bécclère que nous devons d'en avoir défini l'extrême importance et le procédé opératoire le plus précis.

Toute selle turcique dont les mesures dépasseront de 15 à 18 millimètres de longueur pour 10 de hauteur doit être considérée comme pathologiquement augmentée dans ses diamètres. Notre photographie nous donne un diamètre antéro-postérieur de 27 millimètres ; nous la trouvons considérablement changée dans sa forme et la tumeur a exercé sur ses parois des altérations profondes ; elle a perdu l'élégance de ses lignes et les apophyses clinoides postérieures usées par la compression ont été rejetées en arrière.

CARLOS F. CALAMET.

Archives d'Ophthalmologie, Mars-Avril 1916.



G. STEINHEIL, Editeur

Sous le nom de « syndrome radiologique » Bécélère signale l'épaississement singulier des parois du crâne et l'élargissement des sinus, signes que nous ne trouvons pas dans notre radiographie.

Church affirme la possibilité de photographier les tumeurs ; dans notre cas, par sa nature sans doute, offrant peu de résistance aux rayons elle n'apparaît pas dans le cliché.

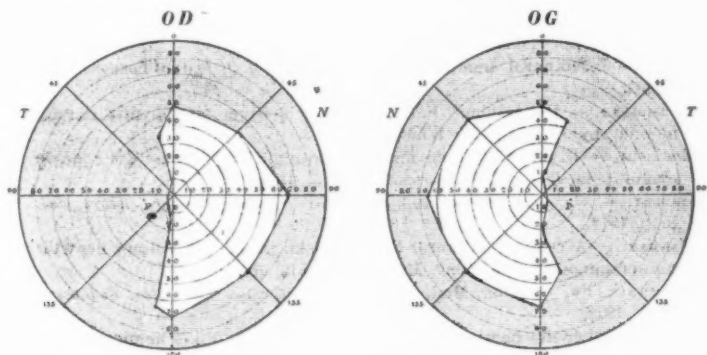
Nous reproduisons ci-dessous les radiographies que nous devons à l'obligeance de notre excellent confrère et habile électrothérapeute le docteur Labau, assistant du service électrothérapique de l'hôpital Saint-André.

TRAITEMENT. — La marche lente de la tumeur nous fit penser à un adénome et abandonnant toute idée d'opothérapie, dont les résultats n'ont pas été jusqu'à présent bien encourageants, il nous restait à instituer un traitement. Influencés par les brillants résultats obtenus par Bécélère nous n'avons guère médité le cas d'une intervention chirurgicale et nous avons conseillé à notre malade de faire un traitement radiothérapique qu'a bien voulu diriger M. le professeur Bergonié et qui entre ses mains a déjà donné les plus heureux résultats.

Nous l'avons revue à différentes reprises.

Le 28 mars. — Après quelques séances de radiothérapie, Noëly P... revient à la Clinique quelque peu découragée accusant le traitement de lui avoir exagéré ses douleurs de tête. Nous l'enconragons à continuer et pouvons la convaincre.

Le 9 avril. — La malade est cette fois enchantée du résultat, ses



céphalées ont complètement disparu, elle constate une meilleure acuité et perçoit les objets dans leur totalité. Nous l'examinons au périmètre et

notons les champs visuels suivants pour le blanc et les couleurs notablement augmentés et le retour de la vision centrale.

L'acuité est également améliorée. O. D. = 1/6 O. G. = 1/3.

Le 30 avril. — L'acuité et le champ visuel ne présentent aucune modification depuis le dernier examen mais les vertiges ont disparu et la malade a recouvré la mémoire.

Le docteur Bergonié continue le traitement si heureusement commencé.

5 Juin. — Atteinte d'une grippe la malade revient seulement aujourd'hui. L'amélioration se maintient; l'acuité et les champs visuels n'ont pas subi de modifications.

Depuis cette époque Mme P..., a été revue maintes fois; nous l'avons examinée tout récemment encore. Les circonstances n'ont pas permis un traitement très régulier, cependant plusieurs séries de séances radiothérapiques ont été faites. Non seulement l'amélioration ne s'est pas maintenue, mais l'état oculaire de la malade est aujourd'hui des plus précaires.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie très complète des tumeurs hypophysaires se trouve dans la thèse de Pechdo et nous nous bornerons à indiquer les ouvrages non cités que nous avons consultés avec quelque profit :

- BARBACCI. — *Lo Sperimentale*, 1881, p. 34.
 BARTELS. — *Monch. Med. Woch.*, 1908, p. 201.
 BEADLES. — *British. Med. Journ.*, 1896, p. 1775.
 BONNET. — Hémianop. traumat., *Lyon Medic.*, 1911, p. 769-771.
 BRUNER. — Hemianopsia of luetic origin. *Rec. Chicago*, 1912, p. 472-475.
 CERISE. — *Revue Neurol.*, 1912, I, p. 227.
 COPPEL. — Un cas d'hémianop. double et simultanée. *Journ. Med. Bruxelles*, 1911, 474-476.
 DI VECCHI ET BOLOGNESI. *Revue Neurolog.*, 1906, p. 155.
 DUYN. — Bitemporal hemianopsia, *West. Lond. M. J. Journal London*, 1912, 97-102.
 EISELMANN. — Ueber einen Fall von doppelseitiger homonymer Hemianopsie. *Archiv. f. Augend. Wiesb.*, 1912.
 GORRIERI. — Di un caso de deviazione conjugata degli ochie del capo da emianopsia. *Riv. Ital. di Neuropat.* Catania, 1911.
 GRELEY. — A case of hemianopsia due to vascular disease. *Boston. Med. S. J.*, 1912.
 HARMAN. — A case of bilateral hemianopsia, probable pituitary growth; no acromegaly. *West. Lond. M. J. Lond.*, 1912, 10-20.
 HOCHWART. FR. — *Wien. Med. Woch.*, 1909. *Congrès Int. Med. Budapesth.*, sept. 1909.
 JESS. — Ueber die hemianopische Pupillenstarre und das hemianopische Prismenphänomen. *Arch. f. Augend. Wiesb.*, 1912, 66-68.
 LOHMANN. — Zur Störung der Hemianopiker. *Arch. Ophth. Leipz.*, 1911, 270-275.

- MSETAFUNE. — Contributo allo studio delle emianopsie bitemporali. *Arch. di ottol. Napoli*, 1911-1912, pp. 695-708.
- PETERS. — Altitudinal hemianopsia, unilateral and bilateral; report of cases. *Ophthal. mol. Seattle*, 1913, pp. 339-346.
- SALGER ET CHAPRÉ. — Hemianopsia bitemporale d'origine traumatique. *Ann. Oculist. Paris*, 1912, pp. 194-99.
- TERRIEN. — L'hémianopsie bitemporale. *Progrès Méd. Paris*, 1912, 3, pp. 623-636.
- VERGA. — *Pathologia Chirurgica dell'ipofisè*. Pavia, 1911.
- WILLIAMS. — *Diagnostic value of hemianopsia*. Virginia, Richmond, 1912, 3, 5.

CONSIDÉRATIONS SUR L'APTITUDE VISUELLE AU SERVICE ARMÉ DES NOUVELLES TROUPES INDIGÈNES D'ALGÉRIE (1)

Par **H. PÉRETZ**,

Oculiste de l'Hôpital français du Caire (Égypte), Médecin Aide-Major de 2^e Classe, Chef du Service ophtalmologique de la Place d'Aix (XV^e Région).

Les tirailleurs algériens indigènes sont tous mercenaires et combattants. *Pour eux il n'y a pas de service auxiliaire.*

Ils s'engagent pour une période de 4 ans ou un multiple de 4 jusqu'à 16 ans. Ils touchent des primes renouvelables et bénéficient après 12 ans de service d'une pension de retraite.

Depuis le début des hostilités, nous avons également des engagés pour la durée de la guerre. Ceux-ci reçoivent une prime de 200 francs le jour de la signature du contrat, et 100 francs tous les six mois. Ce sont de beaucoup les plus nombreux et qui font l'objet de notre communication.

Étant donnés les avantages que ce système de recrutement offre aux Algériens, l'État est autorisé d'exiger des hommes parfaitement aptes, pleins de bonne volonté, et partant capables d'un rendement maximum. Les anciens tirailleurs remplissent largement ces conditions et font de merveilleuses troupes de combat. Il n'en est pas de même des engagés pour la durée de la guerre.

(1) Publication autorisée par la Direction du Service de santé de la XV^e région.

(2) En 1912 on a institué la conscription dans la proportion de 2 p. 100, mais les conscrits peuvent se racheter en payant un remplaçant.

Quelles sont les affections oculaires qui diminuent l'aptitude visuelle de ces derniers venus et quels sont les inconvénients qui en résultent ?

Voici un certain nombre d'observations capables de nous éclairer. Elles ont été choisies, à titre d'exemples, dans le matériel que j'ai recueilli depuis le 1^{er} août 1915, date à laquelle, sur la proposition de M. le Major Poulard, la direction du Service de Santé de la XV^e Région, créa un service ophtalmologique à Aix.

La place d'Aix posséda le dépôt de passage des tirailleurs algériens ; c'est d'ici que l'on dirige sur le front les renforts arrivés d'Algérie, et c'est à la garnison et dans les formations sanitaires d'Aix que l'on centralise finalement les tirailleurs évacués des armées.

A) OBSERVATIONS QUI CONCERNENT LES TIRAILLEURS ALGÉRIENS
N'AYANT JAMAIS FAIT CAMPAGNE.

Obs. I. — *Rena Mohamed, du 5^e Régiment, matricule 4994. Volontaire pour la durée de la guerre. A touché la première prime d'engagement. Vient à la consultation le 12 août 1915. Il présente aux deux yeux du trachome cicatriciel avec pannus. A l'œil gauche : leucome central ancien et opacités de la cristalloïde antérieure ; V. OD. = 5 10, V. OG = 1/20 difficilement.*

Cet homme possède l'acuité visuelle minima exigée par l'instruction sur l'aptitude physique au service armé.

Obs. II. — *Ben Ali, du 5^e Régiment, matricule 6278. Arrivé d'Algérie le 26 août 1915 avec un détachement de renfort destiné aux armées. Sur sa demande, il est adressé à la consultation ophtalmologique.*

L'œil droit accuse une myopie de — 10 dioptries. L'examen du fond de l'œil révèle une choroïdite atrophique. Au surplus, fort strabisme convergent. V. OD. = sensation lumineuse ; V. OG. = 3 10.

En raison de son acuité visuelle trop faible, l'homme est impropre au service armé, et par conséquent, proposé pour la réforme n° 2.

Résultat : deux cents ou trois cents francs perdus par l'État.

Obs. III. — *Abd Salem ben Mohamed, du 4^e Régiment, matricule 174. Se présente à la consultation le 8 septembre 1915. Je constate de la conjonctivite granuleuse bilatérale en pleine évolution et de l'épiphora chronique. Son état nécessite une intervention chirurgicale.*

Après l'opération et deux mois de séjour à l'hôpital, le malade sort sensiblement amélioré.

En résumé, ce tirailleur qui avait touché la prime de 200 francs et occasionné des frais d'hospitalisation à cause d'une vieille affection

oculaire reste une non-valeur pour l'armée. Il réalisera des poussées de kératite à la moindre occasion.

B) OBSERVATIONS QUI CONCERNENT LES TIRAILLEURS ALGÉRIENS
AYANT FAIT CAMPAGNE.

Obs. IV. — *Mohamed Amar, du 2^e Régiment, matricule 8157.* Est adressé le 10 août 1915. Sa feuille porte l'annotation suivante: « Cet homme est évacué du front avec la mention: myopie supérieure à — 10 dioptries. » En effet, myopie — 14 dioptries aux deux yeux, staphylômes postérieurs. V. OD. = 1/10; V. OG. = 1/50. Pas d'amélioration sensible avec les verres correcteurs. Désigné pour la réforme n° 2 le 31 août 1915.

Sans commentaires.

Obs. V. — *Abd-el-Kader Ali, du 3^e Régiment, matricule 13213.* Après un très court séjour aux armées s'est fait évacuer pour « blessure de l'œil ». Prétend avoir reçu des éclats de bombe sur la figure. Ne possède pas de certificat d'origine ni aucun billet d'hôpital. Son visage est marqué par la variole.

A l'examen oculaire on constate du trachome cicatriciel, du pannus et des leucomes cornéens aux deux yeux: V. OD. = 1/8; V. OG. = 1/8.

Il n'y avait pas trace de blessure oculaire. Grâce à des leucomes qui, en l'espèce, étaient les vestiges d'ulcérations anciennes d'origine varicelleuse, cet homme a pu se soustraire librement aux devoirs militaires. Il est proposé pour la réforme n° 2 en raison de sa vision très réduite. Perte pour l'État: 300 francs.

Obs. VI. — *Zouied Mohamed, du 7^e Régiment, matricule 7488.* A fait campagne en mars 1915, après quoi il est évacué à cause d'un ptérygion de l'œil droit. Opéré de cette affection le 30 avril dans un hôpital de l'arrière, ce tirailleur traine dans diverses formations sanitaires et finalement arrive à Aix le 30 août 1915.

A cette date, il existe à l'œil droit un ptérygion gros et charnu. Localisé dans l'angle interne, ce ptérygion empiète sur la cornée diminuant ainsi l'acuité visuelle de l'œil. Il s'agit somme toute d'une récurrence plus grave que la maladie oculaire initiale.

Il y a lieu d'ajouter que l'opération du ptérygion devrait être contre-indiquée en temps de guerre et plus spécialement chez les tirailleurs. Plus de 30 p. 100 des indigènes sont atteints de cette maladie.

Cet homme est reparti en Algérie le 4 septembre 1915.

Obs. VII. — *Selli Lakdar, du 3^e Régiment, matricule 16408.* Engagé pour la durée de la guerre. A touché la prime de 200 francs et la somme de 100 francs après six mois d'instruction militaire.

A fait campagne pendant 7 jours vers la fin octobre 1915, quand il est évacué à cause d'insuffisance visuelle.

Mon examen me permet de constater aux deux yeux l'existence d'une conjunctivite granuleuse et de leucomes diffus. Consécutivement, de l'astigmatisme irrégulier non corrigé par les verres. V. OD. = 4 6 ; V. OG. = 1 6. Cette acuité visuelle étant, en effet, très faible, l'homme est présenté pour la réforme n° 2.

Ons. VIII. — *Kandouci Abd-el-Kader, du 2^e Régiment, matricule 40730.* S'engage pour la durée de la guerre le 3 février 1915 et fait de l'instruction militaire pendant six mois. Coût : 300 francs.

Le 1^{er} août 1915, cet homme est envoyé dans les tranchées, pas pour longtemps, car il est évacué 16 jours après.

La fiche d'évacuation porte le diagnostic de kératite, en regard de la rubrique : nature de la blessure.

Le 18 août, il se trouve à Nantes, — probablement dans un dépôt, — où on le soigne pour leucome central traumatique de la cornée gauche, jusqu'au 2 octobre 1915. Ce leucome ne s'étant pas amélioré, le soldat blessé est adressé à l'hôpital temporaire n° 3 de la même ville. Ici le diagnostic étiologique n'est pas confirmé, le médecin souligne : OG. leucome central non traumatique. A ce titre, le renvoi du tirailleur semblerait tout indiqué. Au contraire, il est soumis, cette fois, à un traitement spécial de longue haleine : 1° Pommade jaune ; 2° Douches de vapeur tous les jours ; 3° Injections sous-conjonctivales une fois par semaine pendant trois grands mois.

Cette thérapeutique ne donne aucun résultat. Le patient est enfin congédié le 7 janvier 1916 toujours porteur de son leucome à OG. avec une acuité inférieure à 1 20 et accompagné de cette note : Inapte au service armé.

J'examine ce tirailleur le 18 janvier 1916. C'est un jeune de 23 ans, robuste, très vigoureux. Son œil gauche est atteint d'un ancien leucome central de la cornée et de légères opacités du cristallin. La vision de ce côté est très réduite, à peine 1/50.

Voici la décision que j'ai prise à son égard. Doit être renvoyé immédiatement au front suivi d'une fiche spéciale indiquant clairement son état oculaire. Il peut tirer de l'œil droit.

Le médecin chargé de l'engagement de cet indigène avait eu soin, par exception, d'enregistrer la présence de ce leucome. Mais personne ne s'était avisé jusqu'ici de jeter un regard sur ce signalement noté dans son livret militaire (1). Autrement il n'eut pas été possible à ce gaillard de vivre en parasite de l'État pendant une année, exactement.

Nos observations sont suffisamment suggestives.

Il résulte de leur étude qu'un grand nombre d'indigènes engagés pour la durée de la guerre sont atteints de maladies oculaires.

(1) Sur 48 livrets militaires appartenant à des tirailleurs atteints d'affections oculaires anciennes, c'est le seul qui portait un signalement oculaire.

lares. Parmi les plus fréquentes, il convient de noter : la myopie forte, les diverses formes de la conjonctivite granuleuse et ses complications, le leucome simple ou adhérent, la cataracte polaire, enfin, sur une grande échelle, le ptérygion.

Ces maladies oculaires, chez les combattants, compromettent leur aptitude visuelle. Elles justifient ainsi, dans une certaine mesure, le renvoi du front de ces hommes. Évacués, ils rôdent dans les formations sanitaires de l'arrière en quête d'un traitement qui souvent reste sans résultat pratique. Les moins scrupuleux n'hésitent pas à attribuer leurs anciennes affections oculaires à des blessures de guerre imaginaires ou aux gaz lacrymogènes. Au surplus, un certain nombre d'entre eux simulent la cécité ou encore l'héméralopie.

Donc nous voyons qu'une certaine catégorie de soldats peuvent d'une façon ou d'une autre désertier impunément devant l'ennemi. Par surcroît, ils encombre inutilement les hôpitaux dont ils troublent les divers services. Le tout se résume en une perte de forces combattantes, en un gaspillage d'argent, de travail et de temps.

Pour remédier à cet état de choses, il convient d'attaquer le mal à la source.

A mon sens, les engagements des indigènes en Algérie ont lieu dans des conditions très imparfaites. L'examen médical ne présente pas toutes les garanties voulues, parce que trop sommaire.

Chaque candidat indigène devrait subir un examen complémentaire des organes de la vision, pratiqué par un médecin oculiste. Ce spécialiste saura faire une sélection raisonnée parmi les hommes porteurs de troubles oculaires apparents ou non apparents. Il éliminera d'emblée les indésirables, il notera pour les admis leur examen oculaire et visuel sur une fiche spéciale. Jointe au livret militaire, cette fiche suivra le troupier indigène aux armées. La situation de l'homme étant ainsi très claire, la fraude devient impossible, et l'erreur éventuelle vite réparée.

De cette sorte, l'État — tel un chef d'entreprise soucieux de ses intérêts — aura pris toutes les garanties pour obtenir de ses nouvelles troupes indigènes d'Algérie le maximum de rendement.

Afin que ces desiderata ne restent pas sans signification il est urgent de les soumettre aux autorités militaires compétentes sous les deux formules suivantes :

1) Tout indigène d'Algérie, qui désire s'engager pour la durée de la guerre doit subir un examen oculaire complet pratiqué par un spécialiste.

2) Tout indigène d'Algérie engagé pour la durée de la guerre doit être porteur d'une fiche sanitaire spéciale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — *Wiestnik Ophthalmologui.*

2^e semestre, juillet-novembre 1914.

Analysées par le docteur **Eliasberg** (de Vitebsk).

NEEZE. — *Le développement historique et l'état actuel des théories de l'ophtalmie sympathique*, pp. 577-602.

ADAMČEK. — *A propos des néoplasies simulant la dégénérescence amyloïde de la conjonctive*, pp. 603-609.

Deux observations de paysans âgés de 16 à 27 ans, qui présentaient des excroissances sur la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure droite, saillante et simulant à s'y méprendre la dégénérescence amyloïde. Dans les deux cas les excroissances se sont développées très lentement (dans le second cas pendant 15 ans) ; pas d'indices de trachome dans les deux cas. V. normale. Dans le premier, les excroissances furent extirpées ; guérison après première intervention. Au bout de 6 mois le malade présente de nouveau les mêmes excroissances sur la conjonctive palpébrale et aussi sur le tiers inférieur de la conjonctive bulbaire ; glandes de voisinage normales. L'examen microscopique des parties excisées décela la présence d'un *sarcome* non pigmenté à cellules rondes, que l'auteur range dans le cadre des lympho-sarcomes vu l'absence de tissu basal réticulaire.

Dans le second cas l'on procéda d'abord à l'extirpation du cartilage tarso supérieur et au bout d'un peu de temps du pli semi-lunaire. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un lymphangiome et en partie d'un hémangiome de la conjonctive bulbaire, du pli semi-lunaire, de la partie supra-tarsienne de la paupière et d'une sorte de lipomatose de celle-ci.

KANKROCO. — *De l'opération d'Elliot*, pp. 609-630.

K. pratiqua 50 opérations d'Elliot sur 44 yeux. Toutes ces opérations ont été faites après anesthésie cocaïne-adréalinique au moyen de la tréphine de Stephenson. La tonométrie d'après Maklakow avait été pratiquée

dans tous les cas avant et après l'opération et cela à plusieurs reprises, accompagnée d'un examen fonctionnel des yeux le plus minutieux et d'un examen bactériologique du contenu conjonctival et des voies lacrymales. Dans tous ces 50 cas l'on instillait avant et après l'opération de l'ésérine; après l'opération on appliqua un bandeau compressif binoculaire et dans quelques cas de la glace. Dans les 2 premiers jours on fit usage de la pilocarpine et le treizième jour de la scopolamine.

Dans le glaucome *absolu* avec douleurs, l'opération d'Elliot fut pratiquée sur 9 yeux. Dans tous les cas le tonus baissa et les douleurs disparurent au bout de 3 heures après la trépanation.

Dans le glaucome *inflammatoire chronique* furent pratiquées 28 trépanations accompagnées d'un abaissement notable de la tension intra-oculaire et dans 6 cas l'acuité visuelle monta de 0,10 à 0,30, chez 10 malades de 0,40 à 0,60 et le champ visuel s'est élargi à 10, 12 degrés. De 6 cas de glaucome chronique simple tous ont donné une hypotonie post-opératoire très marquée; dans 2 cas la vue monta de 0,30 à 0,40, 0,50; chez 4 malades la vue ne fut pas améliorée; dans 7 cas de glaucome inflammatoire aigu l'on obtint après la trépanation non seulement une tension normale, mais dans 3 cas la vue monta de la *perception* quantitative de la lumière à 0,80, dans 2 cas à 0,90 et dans 3 cas à 1,0 avec champ visuel normal et une excavation de la papille à peine perceptible. Dans tous ces cas les douleurs cessèrent au bout d'une heure après l'opération. Dans 2 cas de glaucome hémorragique, dans l'un l'hypotonie dura 8 jours, dans le deuxième la tension devint normale, les douleurs cessèrent et l'hyphéma se résorba vite.

Dans deux cas de glaucome secondaire, à la suite d'un glaucome total et presque total, la trépanation donna des résultats des plus encourageants, en sorte que dans un cas la résection du staphylôme fut abandonnée, et dans le second cas au bout d'un mois fut pratiquée une iridectomie optique ayant permis au malade de se conduire seul (l'autre œil du malade fut énucléé il y a quelques années à cause d'un corps étranger).

Enfin dans un cas de glaucome secondaire provoqué par une cataracte intumescence chez un malade âgé de 48 ans, la trépanation abaissa la tension jusqu'à la normale et permit de pratiquer au bout d'un mois l'extraction de la cataracte avec rétablissement de la vue jusqu'à 0,80 sans correction (?).

L'auteur fait remarquer que dans ce cas les suites de l'opération furent des plus simples malgré que l'incision cornéenne avait passé juste au milieu du canal fait par la trépanation. Dans un cas de glaucome inflammatoire chronique, la tension qui malgré une iridectomie, s'élevait jusqu'à 65 mill. Hg. baissa après la trépanation jusqu'à 21 mill. Hg. et pendant 2 mois s'était maintenue au niveau de 27-28 mill. Hg. La tension la plus élevée dans les cas opérés égala $7 = 22$ mill. Hg., la plus basse = 20 mill. Hg.; après l'opération elle s'est élevée au bout de 3 à 4 jours dans 12 cas jusqu'à 27 mill. Hg., dans 4 cas jusqu'à 28 mill. Hg., dans 17

au-dessus de 26 mill. Hg., et enfin dans 2 cas elle est tombée au-dessous de 12-13. Durée de l'observation : d'une quinzaine jusqu'à 8 mois. On nota de petits épanchements sanguins dans la chambre antérieure, survenus au cours de l'opération (1 cas de glaucome hémorragique et un cas de glaucome chronique simple) et disparus sans complications.

HÉLÈNE ROUYRID. — *De l'infection tardive après l'opération d'Elliot*, pp. 620-630.

Observation d'une malade opérée il y a 7 mois des deux yeux à cause d'un glaucome inflammatoire chronique. Résultats de l'opération des plus satisfaisants : champ et acuité visuels demeurés dans le même état, tonus = 40 mill. Hg. (Schiotz) avant l'opération, s'est maintenu trouble après l'opération au niveau de 12 mill. Hg. ; sur l'autre œil où le processus glaucomateux était déjà trop avancé (restes de champ visuel du côté temporal V = 0 mill. ; tonus = 60 mill. Hg.), la cicatrice post-opératoire fut dense, l'œdème conjonctival faisant défaut ; néanmoins après l'opération V = 0,80 ; tonus de 60 mill. Hg. le champ visuel s'est élargi du côté nasal de 10 degrés. Au bout de 7 mois la malade s'est présentée avec des phénomènes d'un catarrhe conjonctival aigu d'un côté et une hyperémie conjonctivale peu marquée de l'autre. Sur le premier l'on voit, au-dessus de l'orifice scléral, un foyer d'infiltration jaunâtre, ressemblant à un abcès sous-conjonctival.

Au bout de 10 jours la malade revient, se plaignant de fortes douleurs de son meilleur œil. Œdème de la paupière supérieure, et œdème conjonctival très accusés sur l'orifice de trépanation ; dans le bourrelet conjonctival un abcès sous-conjonctival augmente de volume ; dans le voisinage l'on voit de nombreuses petites infiltrations ; conjonctive cornée et iris normaux.

Malgré l'ouverture de l'abcès sous-conjonctival, le chémosis conjonctival augmenta le lendemain, et les jours suivants la suppuration, en suivant le canal de filtration, envahit la chambre antérieure, l'avait toute remplie ; et malgré une paracentèse de la chambre antérieure une panophtalmie est survenue et l'œil a fini par s'atrophier.

L'auteur fait remarquer, que dans ce cas ont été remplies exactement les mesures préventives contre l'infection tardive, recommandées par les auteurs, à savoir l'intégrité du lambeau et sa dissection avec le tissu épiscléral. Il est à noter, que malgré la présence d'un catarrhe conjonctival aigu bilatéral, l'infection tardive est survenue dans l'œil où la cicatrice conjonctivale était molle et l'orifice scléral bien perceptible ; le congénère avec tissu cicatriciel dense était resté indemne.

KIRSCHMANN. — *De la cécité dans la population d'Arkhangel*, pp. 635-654.

Sur une population de 35.383 âmes, dont 18.196 hommes et 17.186 femmes K. constate 32 cas de cécité bilatérale, dont 16 hommes et 16 femmes. Quant aux professions de ces malheureux 7 mendient, 7 jouissent

d'une pension et ce n'est que 3 hommes qui gagnent eux-mêmes leur vie, à savoir un menuisier, un accordeur de pianos, qui passe pour le meilleur accordeur de la ville, et un journalier. Pour ce qui est de l'âge des aveugles l'on constate ce qui suit : ont perdu la vue à l'âge de 0 à 5 ans 9,37 p. 100, à l'âge de 20 à 40 ans (12,50 p. 100) et le plus grand nombre correspond à l'âge de 40 à 50 ans (18,75 p. 100).

Les affections idiopathiques de l'œil (la blennorrhée des nouveau-nés, le trachome et les différentes formes de kératite) ainsi que les affections générales de l'organisme (affections du système vasculaire, le glaucome, la petite vérole et la syphilis) fournissent la même proportion (40,02 p. 100) des cas de cécité, l'étiologie de 15,42 p. 100 de cas n'ayant pu être élucidée.

Pour ce qui est des borgnes, K. en a enregistré 62 cas, dont 33 hommes et 29 femmes, la cécité de l'œil gauche l'emporte sur celle de l'œil droit aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Jusqu'à l'âge de 10 ans sont devenus borgnes 30 p. 100, ensuite la plus grande fréquence de la perte d'un œil correspond à l'âge de 20 à 30 ans, 16 p. 100. Pour ce qui est de l'étiologie de la cécité monolatérale la plus grande partie revient aux blessures et en second lieu viennent les affections idiopathiques. Sur ce nombre de borgnes il n'y a eu qu'une seule femme atteinte de cécité congénitale (microphthalmie très prononcée avec colobome irien en bas).

POPOW. — *Trois cas de blessures de l'œil*, pp. 654-655.

A ce propos, P. rapporte 3 observations de plaies perforantes de la sclérotique avec prolapsus, dans un cas, de corps ciliaire et dans les deux autres cas de corps vitré (dans le 2^e cas, de la plaie sclérale fut extrait un morceau de fouet de 1 centimètre de longueur). Dans ces cas, grâce à un traitement approprié, P. est parvenu non seulement à conserver l'organe, mais à lui rendre une vue normale.

NOISCHESKI. — *Plexus choroïdes et plexus choroïdiens*, pp. 695-699.

(Ne se prête pas à une courte analyse.)

KASASS. — *De l'action du sérum antidiptéritique sur les maladies infectieuses de l'œil*, 699-706.

SANDERS. — *Quelques données des comptes rendus annuels de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Kiev*, pp. 704-712.

Sur 28.444 malades enregistrés à la Clinique dans l'espace des années 1905-1913, S. note 785 aveugles. Parmi les causes de cécité, contrairement aux autres statistiques publiées chez nous, les affections du nerf optique et de la rétine jouent un rôle prépondérant (38,4 p. 100); ensuite viennent : leucomes, 40 p. 100; glaucomes, 2,7 p. 100; suites des inflammations du système uvéen, 5,7 p. 100; contusions, brûlures et bles-

sures des deux yeux, 6,6 p. 100 ; ophthalmie sympathique, 3,6 p. 100 ; trachome, 3,2 p. 100 ; syphilis, 3,2 p. 100 ; défauts congénitaux de l'œil, 2,4 p. 100 ; atrophie du globe oculaire, 3,2 p. 100 ; conjonctivite gonorrhéique des nouveau-nés, 2,9 p. 100, des adultes 1 p. 100 ; autres causes : fièvre typhoïde, rougeole, accouchements, vaccination, 1 p. 100.

FINKELSTEIN et ODINTZEW. — *De quelques affections de l'œil dans la syphilis expérimentale des lapins*, pp. 759-768.

Les auteurs inoculèrent tout d'abord les lapins avec une émulsion de l'ulcère primitif de l'homme, riche en spirochètes pallides d'après la méthode de Tomoschiesk dans le scrotum ou d'après le procédé d'Uhlen-dor dans les veines, le cœur ou le testicule. Ensuite les ulcères primitifs ont été réinoculés à toute une série des animaux consécutivement d'après ces méthodes ou immédiatement dans la chambre antérieure. Ce ne fut qu'à partir du douzième passage que les auteurs obtinrent des symptômes du côté des yeux. En somme ont été inoculés 187 lapins.

Voici les conclusions : 1° Ce n'est qu'à l'aide d'un virus très fort, passé à plusieurs reprises à travers toute une série d'animaux, qu'on peut déterminer une infection syphilitique de l'œil du lapin avec des spirochètes dans le tissu ; 2° l'œil du lapin devient malade lors de l'infection immédiate aussi bien que par voie endogène, par l'entremise des systèmes lymphatique et sanguin ; 3° lors d'infection endogène l'on observe les processus les plus variés du côté de la conjonctive, de la cornée, du tarse, ainsi que des parties profondes de l'œil, comme un phénomène partiel de la *syphilis mulique* ; dans tous ces cas l'on décèle la présence de tréponèmes pâles (*Spirochaeta pallida*) ; 4° lors de l'inoculation dans la chambre antérieure l'on observe le plus souvent des kératites sans phénomènes de syphilis générale ; 5° au point de vue clinique et anatomo-pathologique les processus sus-indiqués peuvent être rapprochés de ceux observés chez l'homme ; 6° la différence capitale entre les processus des lapins et ceux analogues observés chez l'homme consiste en ce que chez ceux-là on trouve souvent des tréponèmes *in loco morbi*, en sorte que chez les lapins nous nous trouvons en présence d'une infection de l'œil directement par les tréponèmes, tandis que chez l'homme celle-ci revêt le caractère d'un processus endotoxique (anaphylaxie) ; 7° lors de l'inoculation dans la chambre antérieure il est de toute nécessité d'essayer, en vue de prévenir la panophtalmie, l'auto-vaccination des animaux par des microbes tués (le plus souvent les diplocoques) obtenus de la conjonctive de ces animaux ; 8° lors de l'inoculation dans le scrotum et dans le sang l'auto-vaccination est superflue.

KOULERJAKINE. — *De la réaction de Wassermann dans les affections oculaires*, pp. 768-785.

La réaction de Wassermann a été faite par l'auteur chez 278 malades,

dont 88 donnèrent un résultat positif, et 190 donnèrent un résultat négatif. Voici les conclusions de l'auteur :

Kératite parenchymateuse, 85 p. 100 ;

Iritis parenchymateuse, 43,4 p. 100 ;

Irido-choroïdite, 32,1 p. 100 ;

Synéchies postérieures, 33,3 p. 100 ;

Névrite optique, 45,4 p. 100 ;

Atrophie du nerf optique, 49, 1 p. 100 ;

Affections musculaires, 75 p. 100 ;

Se basant sur ces données, K. émet l'avis suivant : la réaction de Wassermann doit être largement appliquée dans le diagnostic des maladies oculaires.

En observant certaines conditions, la réaction de Wassermann peut fournir un appui solide aux données de la clinique et dans certains cas peut jouer un rôle décisif quand à l'étiologie de l'affection.

Ces conditions seraient, d'après K. les suivantes :

1° Lors d'une réaction positive des doutes peuvent avoir lieu lorsque la syphilis fait défaut dans les commémoratifs et que dans les antécédents l'on note une maladie infectieuse, à savoir : la scarlatine, la malaria et la lèpre ; des résultats positifs réitérés militent en faveur d'une syphilis certaine ; 2° une réaction négative avec syphilis dans les commémoratifs et, à plus forte raison, si le malade a suivi un traitement spécifique, n'ébranle nullement le diagnostic « syphilis ». La réaction négative n'a de signification décisive que dans les cas où ni la clinique ni les commémoratifs ne donnent absolument pas d'indices de syphilis. Pour plus de détails nous renvoyons le lecteur au travail original.

LOWTZEW. — *Du cyanure d'or et de potassium dans les affections tuberculeuses de l'œil*, pp. 785-793.

L. essaya l'application de cyanure d'or et de potassium chez 10 malades dont 1 était atteint de névro-rétinite double, 2 d'iritis et de ses suites et 6 de kératite scrofuleuse. Dans tous ces cas la réaction de Wassermann fut négative, la réaction à la tuberculine fut positive. Au point de vue clinique chez 3 absence de toux indiscutable, chez 4 expiration prolongée ou rude dans l'un des sommets du poumon, chez un râles humides sous l'omoplate droite et enfin chez deux une tuberculose non douloureuse ; l'une de ces deux malades présentait une bacillose commençante de deux sommets et l'autre une expiration rude et une affection tuberculeuse des glandes lymphatiques, de la peau, des articulations et des os. Des résultats favorables ont été obtenus dans le premier cas. N'ont pas été influencés par le cyanure d'or et de potassium : deux cas d'irido-cyclite et d'irido-scléro-iritis d'un côté et de glaucome secondaire, occlusion pupillaire et léucome adhérent de l'autre côté, tandis que dans le troisième cas, de séclusion pupillaire d'un côté et de synéchies postérieures doubles et dans les divers cas de kératite scrofuleuse les résultats obtenus furent des plus encourageants.

Quant aux doses des injections intraveineuses de la préparation en question L. avait recours à la dose initiale de 0,01 chez l'adulte et de 0,005 chez l'enfant; la dose maxima = 0,05 et seulement dans un cas 0,01. Ordinairement L. s'arrêta à la dose de 0,03 chez l'adulte et de 0,015 chez l'enfant. Les injections ont été pratiquées une ou deux fois par semaine et au nombre de 10 à 12, un malade ayant été soumis 2 fois de suite à ce traitement.

SLAGOLEW. — *A propos des blessures indirectes du nerf optique*, pp. 799-803.

Observation d'un soldat qui s'est heurté le front contre le bout de la baïonnette d'un fusil. Il éprouva une très grande douleur de tête; a perdu connaissance peu de temps; a eu un épistaxis durant plusieurs jours et s'est aperçu ne rien voir de son œil droit.

Examiné par l'auteur 8 jours après l'accident, le malade présente dans la région sourcilière gauche une cicatrice linéaire verticale. Dans le nez des caillots sanguins dont l'enlèvement produit une légère hémorragie.

L'examen rhinologique donne un résultat négatif. Œil gauche, rien d'anormal; œil droit, amaurose totale; la réaction de la pupille directe aussi bien que consensuelle fait défaut de ce côté. A l'examen ophtalmoscopique, on note à droite: veines tortueuses gorgées de sang avec formation des anses, artères normales, les parois vasculaires et la rétine le sont aussi.

L'auteur admet une fissure de la partie antérieure de la base du crâne passant par le canal optique. La stase veineuse du fond de l'œil serait due à une compression des vaisseaux déterminée soit par des exsudats soit par la dislocation des esquilles osseuses. En faveur d'une fracture de la base du crâne militerait aussi l'épistaxis, la lame criblée de l'os ethmoïdal ayant été aussi intéressée probablement. Le malade fut admis à l'hôpital. Durant les 2 premiers jours l'épistaxis, quoique léger, continuait encore; à partir du 12^e jour après l'accident apparurent les signes d'une atrophie blanche de la papille avec persistance de l'hyperhémie veineuse.

ROMANOW. — *A propos des corps de Prowacek*, pp. 817-823.

R. a examiné 135 frottis de conjonctive de malades trachomateux, dont 5 présentaient la forme cicatricielle, 5 la forme initiale et les autres (125) un trachome bien développé ayant déjà été traité. Eh bien! R. ne trouva guère d'inclusions typiques dans les noyaux, ce qui pourrait être attribué selon l'auteur à ce que ces cas avaient déjà reçu un traitement.

R. trouva des agglomérats des coques de la même couleur que les noyaux ou un peu plus foncés avec des contours bien nets. Ces agglomérats, identiques quant au type des granules, variaient d'après leur localisation: 1^o disséminés dans tout le protoplasme; 2^o ayant la forme d'une faucille dans le protoplasme sans être en contact avec le noyau. Tous ces agglomérats ont été observés dans 80 p. 100; dans tous les cas es noyaux des cellules étaient indemnes.

LIVITSKAÏA. — *Un cas d'hémangio-endothéliome de la conjonctive des paupières*, pp. 823-826.

POLSTOOCCHOW. — *Entropion congénital familial de la paupière inférieure*, pp. 820-830.

Observation de deux sœurs, toutes les deux atteintes d'un entropion congénital double chez l'une, monolatéral chez l'autre. Au dire de la mère, cet état des paupières fut noté aussitôt après la naissance. La mère affirme aussi que son dernier enfant, âgé de quelques mois, présente le même défaut de développement. Pas d'antécédents dans la famille. La canthotomie étant restée sans effet, les deux sœurs furent soumises à l'opération de Snellen. L'aînée présenta une rechute au bout d'un mois et demi et alors on excisa parallèlement au bord de la paupière un lambeau de peau y compris la partie implantée d'après le procédé de Snellen. L'effet en fut satisfaisant mais la malade ne fut pas revue.

Au point de vue de la pathogénie, P. en déduit le développement des faisceaux ciliaires du muscle orbiculaire.

VAVOULINE. — *Un cas rare d'astigmatisme*, pp. 830-832.

Observation d'une jeune étudiante âgée de 19 ans, chez laquelle l'œil gauche présentait une acuité visuelle = à peine $\frac{5}{200}$. A l'examen l'on trouva une ectasie de la partie supérieure de la cornée, ayant conservé sa diaphanéité, délimitée en tout par une cicatrice très fine, à peu près concentrique au limbe et contenant dans son épaisseur des dépôts jaunâtres. Dans les commémoratifs l'on note une kératite, il y a 10 ans. A l'ophtalmomètre de Javal-Schiötz l'on note AS de 12-14 dioptries de type inverse avec une inclinaison insignifiante du méridien vers le nez (1).

VALTER. — *Du traitement de la cataracte sénile par les iodures*, pp. 822-841.

V. recommande dans les cataractes séniles commençantes, le traitement par les iodures, à savoir : des frictions sur les tempes et le front tous les soirs par une pommade iodurée ainsi composée : iode de sodium, 10 grammes; vaseline, 20 grammes ; ou iode de potassium et vaseline à parties égales ; des instillations, qu'il préfère aux injections sous-conjonctivales, vu leur plus grande facilité d'application dans la clientèle. Et enfin des iodures à l'intérieur. En même temps sont interdits la viande et le poisson.

V. a, en somme, appliqué ce traitement chez 28 personnes, c'est-à-dire sur 56 yeux, dont 35 ont profité de ce traitement en ce sens que l'acuité visuelle s'est améliorée (dans un cas la vue monta de $\frac{20}{100}$ à $\frac{20}{30}$ et dans

(1) Il paraît s'agir ici de cette curieuse anomalie décrite par nous sous le terme d'*ectasie périphérique de la cornée*. L'astigmatisme considérable qu'elle entraîne disparaît par des cautérisations prudentes et répétées de la région ectasiée et l'acuité visuelle s'améliore également. (F. TERRIEN, *Archives d'ophtalmologie*, 1901.)

l'autre, de $\frac{20}{70}$ à $\frac{20}{20}$; dans 9 cas la vue resta stationnaire, et enfin dans 12 cas la cataracte a suivi sa marche progressive.

V. croit que tout oculiste doit combattre la cataracte toutes les fois que l'acuité dépasse encore 0,40.

Qu'il nous soit permis de rappeler à ce propos le cas d'une malade dont nous avons fait mention dans notre travail : « Doit-on la vérité aux malades menacés de cécité ? » paru dans ces mêmes *Archives* dans le numéro de novembre 1912. Il s'agit d'une malade ayant perdu la vue à droite, à la suite d'une névrite optique dont l'étiologie n'a pu être étudiée, et qui présentait à gauche une cataracte commençante, étant restée stationnaire pendant toute la durée de l'observation, c'est-à-dire plus de 12 ans (nous l'avons revue tout dernièrement et nous avons eu la satisfaction de constater le *statu quo*). Or, cette malade avait été traitée tout ce temps par l'iode de potassium en instillations.

II. — Livres nouveaux.

ALBERT TERSON. — *Ophtalmologie du Médecin praticien*, 1 vol. in-8° de 480 pages, 347 fig. dans le texte et une planche hors texte en couleurs. Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris, 1916.

Un des mérites de ce petit livre, dû à la plume élégante et claire de notre distingué collaborateur, le docteur A. Terson, est d'avoir réalisé le but qu'il s'est proposé. Tout en écrivant pour le praticien, l'auteur, respectueux du sujet qu'il traite, a su conserver à l'ouvrage une forme suffisamment étendue pour ne pas le réduire à une sèche et brève nomenclature. En outre, il a résolument écarté certaines affections du globe et certaines techniques spéciales qui doivent rester dans le domaine du spécialiste; telle la technique de l'examen ophtalmoscopique. Même normal et chez un sujet tranquille on sait combien il comporte de tâtonnements, d'efforts et d'erreurs. Sa description ne saurait donc être au praticien d'aucune utilité s'il n'a pas été guidé pendant plusieurs semaines et si on ne lui a pas montré sur le vivant les principaux aspects des lésions du fond de l'œil.

Même remarque pour le cathétérisme des voies lacrymales; il ne sera pratiqué par le médecin que si on lui a fait souvent répéter l'opération en « lui tenant la main et en lui poussant le coude ». Et à plus forte raison l'iridectomie dans le glaucome aigu. Sans doute, elle peut être considérée comme une opération d'urgence, mais elle ne sera jamais laissée entre les mains du premier confrère venu. Ceci est la logique même et notre collègue a fait œuvre utile et sage en insistant sur ce point. Il n'est pas un de nous qui n'ait eu à traiter des glaucomes pris tout d'abord et quelquefois depuis assez longtemps pour de simples conjonctivites et soignés comme tels. Révéler au praticien leur existence et la nécessité de prescrire aussitôt les myotiques dans l'attente d'un avis autorisé, c'est le service le meilleur qu'on puisse lui rendre, ainsi

qu'à son patient. Car on sait combien le moment, le choix et l'utilité même de l'intervention sont quelquefois difficiles à préciser. Ils ressortent au spécialiste, au bon spécialiste, non pas au praticien général.

Et à propos de son chapitre de l'iridectomie dans le glaucome, je pense que mon collègue et ami Terson ne m'en voudra pas de ne pas me trouver d'accord avec lui, lorsqu'il préconise l'anesthésie locale dans le glaucome aigu, l'anesthésie générale ne s'appliquant qu'exceptionnellement. Sans doute la question n'a guère d'intérêt ici, puisque l'iridectomie en pareil cas ne sera jamais faite par un praticien consciencieux non oculiste. Mais puisque notre collègue a posé cette question (n'y a-t-il pas là une contradiction, et n'aurait-il pu la passer sous silence, pour rester conforme à sa juste manière de voir ?), il me semble que, surtout dans un livre de ce genre, on ne saurait trop recommander au débutant amené à pratiquer une iridectomie au cours du glaucome aigu l'usage de l'anesthésie générale.

L'anesthésie locale agit mal sur les yeux rouges, au cours de l'attaque aiguë, et de ce chef, l'iridectomie, déjà délicate en elle-même, est rendue beaucoup plus difficile, parfois même impossible, à cause de l'indocilité du sujet.

Quoi qu'il en soit et sans insister sur ces questions de détail, je louerai pleinement Terson d'avoir pris la peine d'écrire ce petit manuel qui rendra au médecin de réels services.

Il lui enseigne tout d'abord à procéder simplement et avec un outillage réduit à l'examen clinique d'un sujet qui se plaint d'un état oculaire ou péri-oculaire anormal, organique ou fonctionnel. Il insiste sur les symptômes prédominants, majeurs, faisant successivement usage dans tout le cours de l'ouvrage de caractères gras pour les symptômes cardinaux, italiques pour ceux d'une importance un peu moindre. La lecture rendue est ainsi très facile. Les principales maladies des yeux sont successivement étudiées, leur diagnostic, leur évolution, leur pronostic, leur traitement, avec la thérapeutique locale et générale qui leur est propre. L'auteur ne craint pas de donner avec détails les meilleures formules à employer, insistant sur ce qu'il faut faire, et aussi sur ce qu'il faut éviter, tel l'emploi du crayon de nitrate d'argent dans la conjonctivite purulente, capable de causer la perte de l'œil.

Puis viennent aussi les localisations et les complications oculaires, si importantes, des maladies générales, les blessures du globe la prophylaxie sociale des maladies oculaires, les moyens de déceler la simulation, etc.

Des figures nombreuses ajoutent à l'intelligence du texte. L'auteur ne les a pas multipliées davantage, pensant que des livres « très illustrés suppriment un effort d'assimilation indispensable, ne laissant au lecteur que l'illusion d'avoir compris ». Les figures qu'il nous donne sont en nombre suffisant pour éclairer le texte, mais mon ami Terson me permettra, après avoir dit le bien que je pense de son excellent manuel, de ne pas partager Pavis très général qui termine son intro-

duction. Une bonne figure, très précise et de coloration fidèle à l'original, remplacera les meilleures descriptions ; elle sera beaucoup mieux et plus longtemps retenue. Seul son prix élevé empêche le plus souvent d'y recourir. Et c'est encore un des mérites de ce petit livre d'avoir su rester clair et pratique en l'absence de planches en couleurs.

F. T.

NÉCROLOGIE

A la liste déjà longue des médecins tués à l'ennemi, il nous faut ajouter le nom de notre collaborateur L. Assicot, né à Rennes le 9 janvier 1874. Ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le docteur Assicot avait été reçu docteur avec une thèse intéressante sur les Colobomes du nerf optique.

Nommé le 1^{er} août 1902 suppléant des Chaires de chirurgie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, il avait été nommé en 1907 : professeur de Clinique ophtalmologique à l'École de médecine de Rennes. Il était ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu de Rennes depuis 1903.

Lors de la mobilisation, quoique désigné pour un hôpital du territoire, il avait demandé à faire campagne. Il avait fait la retraite de Belgique. Évacué pour raison de santé, il avait été nommé chef du Centre ophtalmologique de Saint-Malo. Il s'y était donné complètement et le dirigeait avec autant de dévouement que de compétence, lorsqu'il fut envoyé, vers le mois de mai, en qualité de médecin de bataillon près de Verdun, fonction pour laquelle il était aussi peu désigné que possible. C'est là qu'il succomba, tué par un éclat d'obus, le 18 mars 1916, quatre à six jours après son arrivée devant le fort de Douaumont.

Nous conserverons sa mémoire avec celle de tous nos confrères disparus, et inscrirons son nom au martyrologe de tous ceux qui ont sacrifié leur vie pour la défense de la justice et de la liberté.

Nous apprenons une autre mort, celle du docteur Straub, professeur d'ophtalmologie à l'Université d'Amsterdam. Il meurt en pleine vigueur, à l'âge de 37 ans, laissant un grand nombre de travaux. Ceux qui avaient pu l'approcher appréciaient ses idées originales, la netteté de son enseignement et la sincérité de ses relations et sa perte sera très vivement ressentie dans le monde ophtalmologique.

Le Gérant : G. STEINHEIL